



King's Research Portal

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication record in King's Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Johansson Blight, K. B., Dorazio, A., Wilks, E., & Hultcrantz, E. (2012, Jan). Barnen utan röst: Lägesrapport angående barn med svåra uppgivenhetssymtom som fått avslag på ansökan om asyl och skydd i Sverige. Etikkommissionen i Sverige.

Citing this paper

Please note that where the full-text provided on King's Research Portal is the Author Accepted Manuscript or Post-Print version this may differ from the final Published version. If citing, it is advised that you check and use the publisher's definitive version for pagination, volume/issue, and date of publication details. And where the final published version is provided on the Research Portal, if citing you are again advised to check the publisher's website for any subsequent corrections.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the Research Portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognize and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the Research Portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the Research Portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact librarypure@kcl.ac.uk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Barnen utan röst

Januari 2012

Lägesrapport angående barn med svåra uppgivenhetssymtom
som fått avslag på ansökan om asyl och skydd i Sverige

Etikkommissionen i Sverige

nätverket för mänskliga rättigheter och asylrätten

<http://www.etikkommissionenisverige.se/>

© Etikkommissionen i Sverige, 2012

<http://www.etikkommissionenisverige.se/>

Rapporten refereras som:

Johansson Blight, K., Dorazio, A., Wilks, E. Hultcrantz E (2012) Barnen utan röst. Lägerrapport angående barn med svåra uppgivenhetssymtom som fått avslag på ansökan om asyl och skydd i Sverige. Januari 2012. Etikkommissionen i Sverige.

Printed in Sweden by

KPH Trycksaksbolaget AB/ Intercopy AB

Uppsala, Sweden, 2012

ISBN 978-91-87163-01-2 (inbunden)

ISBN 978-91-87163-02-9 (PDF)

Rapporten utgör en del i arbetet i Etikkommissionen i Sverige. Etikkommissionen verkar för mänskliga rättigheter för asylsökande och papperslösa i behov av skydd, vill bidra till att synen på människor i behov av skydd blir generös och human och försvarar rätten till asyl. Etikkommissionen vill bidra till att asylrätten upprätthålls enligt utlänningslagen och dess förarbeten samt enligt 1951 års Genevekonvention om flyktingars rättsliga ställning och övriga gällande konventioner som Sverige undertecknat. För mer information om Etikkommissionen i Sverige se webbsite: etikkommissionenisvergie.se/index.html. Sammanställning av rapporten gjordes med frivilliga (obetalda) insatser

Arbetsgrupp

Anita Dorazio, Flyktingombud i Asylkommitteen, Sekreterare i Fristadsfonden, Styrelseledamot Läkare i Världen Sverige och Charta2008. Initiativtagare till och styrelseledamot i Etikkommissionen i Sverige.

Elisabeth Hultcrantz, leg. läk. professor emerita, Linköpings Universitet.

Karin Johansson Blight, leg. sjuksköterska, MSc Folkhälsovetenskap, PhD Psykiatri, oberoende forskare.

Eva Wilks leg. sjukgymnast, leg. psykoterapeut, landstingspolitiker Södermanlands läns landsting, Styrelseledamot Kvinnouniversitet Norden, ansvarig utgivare Kvinnor för Freds tidning.

Vi vill tacka.....

... särskilt de berörda flyktingfamiljerna som till fullo ställt upp med förtroende och stor generositet för att inte bara hjälpa sig själva utan också andra.

De kontaktpersoner/ombud som bistått med information till sammanställningen samt MR-hörnan som arbetar med mänskliga rättigheter, hälsovård och juridisk rådgivning för papperslösa inom Läkare i Världen Sverige och

Asylkommitteen samt Läkare i Världen som bistod med kopiering och alla volontärer för deras insatser.

Madeleine Galloni, juridikstuderande Stockholms Universitet, som på ett samvetsgrant, noggrant och metodiskt vis hjälpt till med sammanställning av data.

Ed Paulette, systemadministratör, Uppsala Universitet för mycket välkommet layoutarbete. Advokat Sten de Geer för goda expertråd och synpunkter på asylrätt och juridisk hantering.

Svenska Barnläkarföreningens Arbetsgrupp för flyktingbarn som kom med idén om en inventering av barn med svåra uppgivenhetssymtom som fått avslag — framförallt, ordförande Henry Ascher, docent, barnläkare, för kritisk genomläsning och viktiga kommentarer på de barnmedicinska delarna. Göran Bodegård, specialist i barn och ungdomsmedicin/psykiatri, nestor i kunskap om barnen med uppgivenhetssymtom, för ovärderliga kommentarer och värnande om den medicinska etiken.

Hans-Peter Søndergaard, specialist i allmän psykiatri, psykoterapeut, för lika viktiga expertråd och synpunkter på aspekter kring potentiellt traumatiserande livshändelser. Kjell Asplund, professor emeritus, för diskussion kring kunskapsläget.

Förord

Den hållning som regeringen intog inför ansamlingen av asylbarn med svåra uppgivenhetssymtom under de första åren av 2000-talet innebar en utveckling av en politiserad vårdideologi. Man visade att dessa barn inte ansågs sjuka i egentlig mening, när regeringen gav Utrikesdepartementet (Migrationsministern) uppdraget 2004, att utreda problemen med sjuka asylbarn. Detta var lika absurt som om Jordbruksdepartementet hade fått ansvaret för epidemin av svin-influensa! Det hela ansågs vara ett tidigare okänt tillstånd som uppträdde epidemiskt hos asylsökande i Sverige. Barnpsykiatrin förklarade då detta som en gruppreaktion hos familjer som lever under hot och där möjlig sjukdomsvinst (uppehållstillstånd) föreligger.

Man hävdade att trauma inte var orsak till uppgivenhetssymtomen och att barnen insjuknar vid avslag på asylansökan och tillfrisknar när familjerna får uppehållstillstånd. Socialstyrelsen bortsåg från tidigare kunskap om apatiska tillstånd då ”de fall...som beskrivits i den internationella litteraturen inte handlar om asylsökande eller minoriteter”. Man påpekade att det var ”viktigt att alltid beakta möjligheten att tillståndet är av manipulerande karaktär”.

Det initierades aldrig någon adekvat medicinsk utredning och vårdens inriktning stöddes på ett obelagt konsensusuttalande av barnpsykiatrins 25 verksamhetschefer: ”Entydig och övertygande erfarenhet finns från ett stort antal ärenden...att inläggningar snabbt hospitaliserar...och förvärrar deras apatiska tillstånd. Därför undviks inläggning på barnpsykiatrisk avdelning”.

När regeringens utredare till slut (2006) sammanfattade situationen, erkände hon att föräldramanipulation av barnen inte kunnat påvisas. Tillståndet påstods ha multifaktoriella orsaker och att det hela hade en gåtfullhet och att det var ett unikt svenskt fenomen. Kapitlet med de apatiska barnen var avslutat vilket ansvarsbefriade olika aktörer på alla nivåer!

Eftersom barnen inte fått någon diagnosbeteckning fanns de inte i några sjukvårdsregister och ”försvann” sålunda när rapporteringar till utredningen upphörde. Barnpsykiatrins (BUPs) ledning och Socialstyrelsen (SoS) hade osynliggjort de här barnen och därmed hindrat en kunskapsutveckling som skulle kunnat fortsätta med adekvat medicinsk inriktning.

Nyinsjuknade barn med uppgivenhets- och ångestsyndrom som utvecklats i den svenska asylprocessen har senare identifierats, blivit bekräftade och sedda genom frivilliga hjälpare utanför det svenska samhällets vårdsystem. Den stabilaste informatören om dessa barns fortsatta existens har kommit att bli Migrationsverket, som ju inte alls har en vårdande uppgift utan där ifrågasättande av genuiniteten i de här barnens sjuklighet råder, eftersom detta ingår i myndighetens uppdrag.

De rapporter och sammanställningar om ”de apatiska barnen” som finns sedan 2004 har inte respekterats men de visar den tunga traumatiska börda som ligger bakom utvecklingen av uppgivenhetssymtom och att sambanden mellan insjuknande och avslag inte alls är kausala och att merparten av barnen insjuknade innan den mediala fokuseringen kunnat starta någon psykisk smitta. Adekvat sjukvård

hade även mycket bättre effekt än den behandling av behavioristisk bestraffningskaraktär som BUP:s ledning påbjöd och där SoS' generande hållning var att "de svenska klinikvårdresulten är anekdotiska och oviktiga då det ändå beslutats att sådana här barn inte skall sjukhusvårdas".

Medicinsk verksamhet måste byggas på Vetenskap och Beprövad Erfarenhet. Genom BUP:s hållning hindrades en adekvat vetenskaplig bedömning av de apatiska barnens situation och den hävdade "okunskapen" kom att bli ett argument för beslutsfattare på olika nivåer. Det ökande antalet kliniska observationer tillförde medicinskt biologisk kunskap som dock inte ansetts evidensbaserad. I en sådan situation blir "den beprövade erfarenheten" viktigare, men hittills har empirisk kunskap inte värderats. Barnen har osynliggjorts som ett genuint medicinskt problem.

När det inte finns vetenskap eller beprövad erfarenhet som styrmedel får Lagen en dominerande ställning. Tolkningen av den nya asyllagstiftningen är idag det dominerande redskapet i sättet att omhänderta den här gruppen människor.

Men den medicinska etiken? Blir den inte viktigare när vetenskap och beprövad erfarenhet inte anses tillräckliga för att skapa målföreställningar? Man finner, trots ett tydligt internationellt och svenskt regelverk, att de etiska aspekterna är beaktade enbart som rekommendationer. Det är inte krav som vare sig BUP eller Migrationsverket måste tillämpa. Brott mot etiska regler är inte möjliga att beivra—Socialstyrelsen hänvisar till det medicinska etablissemangets etiska auktoriteter. Men svenska Läkarsällskapet och Läkarförbundet önskar inte ta på sig någon utredande eller beivrande roll utan vill enbart verka genom att väcka insikt. Därmed är också Migrationsverkets förtroendeläkare befriad från tvingande regler att bedöma och råda etiskt.

Etablissemanget som politiserade "de apatiska barnen" bär ansvaret, men politikens och myndigheters beslut vilar på expertinformation sedan tidigare som i detta fall var både oriktig och ensidig. Alla de som i sitt arbete med de hjälpsökande bröt mot egna yrkesetiska regler har ansvaret för att inte ha avvärjt den re-traumatisering som blir effekten av att inte bekräftas och än mindre hjälpas i den förtvivlade livssituation det innebär, att ha tvingats fly från sitt hemland p.g.a. övergrepp och hot till liv och integritet. Den enda övergripande garantin som kvarstår mot politiskt påbjuden medicinskt försumlighet, vanvård eller misshandel av barn—historiskt och i presens—är den enskilda vårdarbetarens lojalitet med de grundläggande medicinska etiska principerna.

Rapporten *Barnen utan röst* är ett utmärkt bevis för att det f.n. är enskilda svenska medborgares förhållningssätt som är nödvändigt för att upprätthålla Sverige som ett humanitärt land. Rapporten är skriven av människor med realistiska upplevelser och inte av de som enbart närmat sig den här problematiken utifrån ett maktperspektiv. Skriften är av utomordentligt stor betydelse då den adderar och vidgar och bekräftar den empiriska kunskapen om barn med uppgivenhetssymtom och hur dessa familjer hanteras i vårt land.

Stockholm, januari 2012
Göran Bodegård

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	6
Bakgrund	7
Inledning.....	7
Syftet med rapporten	7
Varför en sammanställning?.....	8
Sammanställningens omfattning	8
Ingår alla barn med uppgivenhetssymtom i sammanställningen?....	8
Metod	9
Datainsamlingsperiod och metod	9
Sammanställningsenkät, följebrev och databearbetning	9
Medgivandeformulär	9
Variabelinformation	10
Demografi.....	10
Uppgivenhetssymtom: definition enligt MAST indelningen	10
Sjukdomsförlopp.....	11
Beskrivning av 'potentiellt traumatiserande livshändelser'	11
Beslutsprocess	11
Resultat	12
Bakgrundsinformation.....	12
Uppgivenhetssymtom, andra kliniska bedömningar samt sjukdomsförlopp.....	14
Uppgivenhetssymtom	14
Andra kliniska bedömningar.....	14
Sjukdomsförlopp.....	14
Potentiellt traumatiserande livshändelser hos barnen	15
Potentiellt traumatiserande livshändelser hos barnens föräldrar	17
Ensamstående föräldrar	17
Psykisk ohälsa hos barnens föräldrar och vuxna syskon.....	18
Beslutsprocessen	20
Beslutsunderlag.....	20
Prövning i verkställighetsstadiet	24
Resonemang kring hälsa och ohälsa	25
Stereotypa föreställningar	26
Diskussion	29
Barn med uppgivenhetssymtom	29
Barnens etniska och nationella bakgrund.....	29
Åldersfördelning.....	30

Ensamkommande barn.....	30
Könsfördelning	31
Första barnet	31
Svåra traumatiska händelser hos barnen	31
Familjesituation och föräldrarnas och vuxna syskons hälsa	32
Medicinsk beskrivning av uppgivenhetssymtom	33
Gradvis försämring i sjukdomstillstånd	33
Beskrivning av sjukdomsförlopp för vård, behandling och kunskap om sjukdomsutveckling.....	33
Brister i dokumentation om barnens sjukdomstillstånd	35
Återhämtning och tillfrisknande	35
Beslutsprocessen	36
Identitetshandlingar och muntlig förhandling	36
Beslutsfattareshedömningar om svår psykisk sjukdom, behov av vård och framtida sjukdomsutveckling.....	36
Barn med uppgivenhetssymtom versus den svenska nationens intressen.....	38
Andra vägar och val.....	39
Sammanställningens begränsningar	40
Hur skiljer sig denna sammanställning från en forskningsstudie?	41
Observationer som saknas i nuvarande sammanställning.....	41
Slutsatser	42
Referenser.....	44
Bilaga 1 Informationskällor för MAST gradering	46
Bilaga 2 MAST gradering av uppgivenhetssymtom.....	47
Bilaga 3 Förekommande diagnoser.....	48
Bilaga 4. Hälsotillstånd i Justitiedepartementets utredning.....	49

Sammanfattning

Bakgrund Denna rapport innehåller en sammanställning av information om den situation som barn lever under, vilka tillsammans med sina familjer har fått avslag på asylansökan/ansökan om skydd och som nu uppvisar svåra uppgivenhetssymtom. Under sommaren 2011 inkom rapporter om en ökning i antalet avslag på uppehållstillstånd för barn med svåra uppgivenhetssymtom. Etikkommissionen i Sverige fick förfrågan om en sammanställning om läget kunde göras för att uppmärksamma politiker om barnens situation.

Metod En sammanställningsenkät spreds via informella nätverk till ombud för berörda familjer. Föräldrarna ombads att ge skriftligt och/eller verbalt medgivande. Insamling av information pågick under perioden 2011-08-30-2011-11-22. Totalt ingår 24 enkäter med tillhörande domar och intyg från hälso-och sjukvården. Varje enkät motsvarar en familj i vilken minst ett barn har svåra uppgivenhetssymtom. För identifiering av uppgivenhetssymtom användes bedömningsskalan MAST. 60 personer är barn under 18 år, och av dem har 30 uppgivenhetssymtom. Familjerna sökte asyl mellan 2004 och 2011 vilket sammanfaller med den period som lagen om ”synnerligen ömmande omständigheter” har varit aktuell.

Resultat Över hälften av familjerna tillhör minoritetsgrupper. Tjugofem barn har mycket svåra uppgivenhetssymtom (MAST grad 2 och 3) och för samtliga av dessa barn finns det dokumenterat att a) de ingår i familjer där barn varit med om potentiellt traumatiserande livshändelser: misshandel, våldtäkt, kidnappning eller dödshot, b) föräldrarna har varit utsatta för potentiellt traumatiserande livshändelser så som misshandel, våldtäkt, frihetsberövning, tortyr och/eller dödshot. Nästan alla familjer har minst en förälder med sömnsvårigheter, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter och/eller ångest. För en tredjedel saknas information som kan ge underlag för bedömning om hälsotillstånd. Avslagsmotiveringarna visar kunskapsbrister, ifrågasättanden och stereotypa föreställningar om barnens symtom och behov av asyl, skydd och vård. Verkställighetshinder har avslagits ofta med argumentet att det inte är svårighetsgraden av sjukdomen i sig som skall bedömas utan om det aktuella sjukdomstillståndet utgör ett hinder mot verkställighet.

Slutsatser Det är bekymrande att många barns erfarenheter inte alls framkommer under asylprocessen även om man formellt skriver i avslagsbesluten att man tagit hänsyn till barnens bästa. När det gäller de fall där information finns tillgänglig verkar den i många fall ha kommit fram vid senare stadier än vid första instans: i samband med överklagande och/eller vårdkontakter. Eftersom familjerna inte anses ha flykting-, eller skyddsskäl, bidrar detta till att vårdtillgång i landet som familjen utvisas till anses möjlig och avslag ges ”på synnerligen ömmande omständigheter”. I verkställighetsstadiet prövas sedan endast om verkställighet kan genomföras.

Bakgrund

Inledning

Ett barn i en asylsökande familj föddes liksom sina syskon i Sverige. Flickan har ett omfattande och välskrivet läkarintyg som återger hennes och familjens historia. Det står där att hon utvecklades normalt under de första fyra levnadsåren, att hon lärde sig gå och tala i rätt tid, att hon lekte och hade lekkamrater. Förföljelse pga. familjens etnicitet hade tidigare gjort att familjen sökt asyl i Sverige. När flickan var fyra år blev familjen utvisad till föräldrarnas ursprungsland. Snart efter ankomsten till hembyn började trakasserier igen mot familjen: ofta genom nattliga inbrott i familjens bostad, pappan misshandlades dagligen och släpades i ett rep efter en bil, modern våldtogs framför barnen och även barnen misshandlades. Polisanmälan gav inget resultat. Familjen flydde till en stad och pappan uppsökte sjukvård för vård av de skador som misshandeln orsakat. Pappan reste sedan ensam med dottern tillbaka till Sverige och de åkte bl.a. instängda i lastbil genom hela Europa. Innan de sökte asyl igen levde flickan under en viss tid åtskild från sin far första tiden efter återkomsten till Sverige. Mamman och de två andra syskonen var ännu inte i Sverige utan återförenades med pappan och dottern senare. Vid denna tidpunkt var flickan helt apatisk.

Fallbeskrivningen ovan redogör för ett förlopp hur ett tidigare friskt barn, där bakomliggande somatisk sjukdom ej föreligger, på grund av extrema livsomständigheter kan bli mycket sjukt, i ett tillstånd av apati [1], vilket innebär svåra funktionsbortfall/symtom på uppgivenhet. Dessa uppgivenhetssymtom är en stressreaktion, som barn eller vuxna kan få till följd av långvarig, höggradig stress i kombination med förlust av tillit och hopp, vilket leder till att kroppens stresssystem (det sympatiska) och kroppens bromssystem (det parasympatiska) bränns ut [2]. Symtomen är svåra och mycket varierande och innefattar uppgivenhet, passivitet med anorexi, livshotande stuporösa tillstånd (depressiv devitalisering), attacker av svår ångest och vägran [1].

Syftet med rapporten

Syftet med denna rapport är att genom en kartläggning sammanställa information om den situation som de barn lever under, vilka tillsammans med sina familjer har fått avslag på asylansökan/ansökan om skydd i första instans och som uppvisar svåra uppgivenhetssymtom.

Varför en sammanställning?

Behov av att kartlägga den aktuella situationen för att få en överblick väcktes, då det under sommaren 2011 från olika håll kom rapporter om avslag på uppehållstillstånd för barn med svåra uppgivenhetssymtom. Frågor uppstod då kring hur besluten fattats och på vilka grunder. Barnläkarföreningen kontaktade med anledning av detta Etikkommissionen i Sverige med frågan om information kring barnens situation kunde sammanställas för att ge klarhet i frågan och för att uppmärksamma politiker om situationen. Rapporten kan ses som en del i den kunskapsinhämtning som finns kring barn med uppgivenhetssymtom i Sverige [se 1,3,4,5,6,7].

Sammanställningens omfattning

Totalt ingår 24 enkäter med tillhörande domar och intyg (ca 100 läkarintyg, psykologutlåtanden, journalutdrag från hälso- och sjukvården och utlåtande från skola). Varje enkät omfattar en familj och totalt ingår 106 personer: 46 vuxna och 60 barn, av vilka hälften har uppgivenhetssymtom. Familjerna sökte asyl i Sverige mellan år 2004 och 2011 och har befunnit sig i det svenska migrationssystemet under den period som lagen om ”synnerligen ömmande omständigheter” [8] har varit aktuell.

Ingår alla barn med uppgivenhetssymtom i sammanställningen?

Det totala antalet barn med uppgivenhetssymtom, är liksom tidigare, inte känt [6]. I sammanställningen ingår inte alla barn som lever i Sverige och som har uppgivenhetssymtom. I Migrationsverkets kartläggning från mars 2011 nämns 75 barn [9]. De barn, som fått uppehållstillstånd innan sammanställningen av denna rapport började, är inte med, oavsett om de fortfarande har uppgivenhetssymtom. Sedan avslutad datainsamling har vi fått kännedom om ytterligare fyra familjer med barn med svåra uppgivenhetssymtom som fått avslag på verkställighetshinder och dessa barn är inte heller med i nuvarande sammanställning.

Metod

Datainsamlingsperiod och metod

Datainsamlingen genomfördes från 2011-08-30 till 2011-11-22.

Enkäten spreds via informella nätverk, så kallad snöbollsmetod, till ombud för framförallt de familjer som fått beslut om avslag på uppehållstillstånd. Ett stort antal familjer har kommit till kännedom genom att vårdkontakter tagits sjukhus och på vårdkliniker av personer som fått avslag på asylansökan.

Sammanställningsenkät, följebrev och databearbetning

En enkät användes för att summera information utifrån sammanställningens syfte (som en journalstudie). Sammanställningen utgår från en fyra-sidig enkät vilken utvecklades under sommaren 2011 med det specifika syftet att användas för denna kartläggning. Enkätfrågorna utvecklades i en multidisciplinär samverkan med psykosocial, medicinsk och juridisk kunskapsbas för att kunna besvara frågor som antalet berörda barn, svårighetsgrad, insatser, beslut och den juridiska handläggningen samt hälso- och sjukvårdstillgång och förekomst av utlåtanden. Det står i enkätens följebrev att ombuden måste be berörda familjer om tillstånd i de fall då utdrag ur domar används för kartläggning och att anonymiserade utdrag av domarna kan komma att publiceras i skrift och presenteras muntligt i olika sammanhang.

Beslut, domar och intyg (läkarintyg, psykologutlåtanden, journalutdrag från hälso- och sjukvården och utlåtande från skola, osv.) har bifogats enkäten. Sammanställningen har genomförts av tre av rapportförfattarna och en masterstudent (16 av 24 enkäter). Åtta enkäter har fyllts i av andra ombud. Enkätsvaren har registrerats i Excel av rapportens förstaförfattare. Rapporten presenterar omfattning (frekvenser) samt ger citat och summeringar av text med en efterföljande diskussion.

Medgivandeformulär

Ombuden till barnen och deras familjer använde sig av överenskommelser om att de kan få föra familjernas talan. Ett medgivandeformulär har dessutom använts som ett ytterligare tillägg till sådana överenskommelser. Föräldrarna informerades i samband med detta om sammanställningens syfte, om att anonymiserade utdrag kommer att användas och att resultaten kan komma att presenteras i olika sammanhang, muntligt och i skrift.

Variabelinformation

Den främsta informationskällan om barnens hälso- och sjukdomstillstånd kommer från kvalitativa beskrivningar av barnens symtom och beteenden från vårdgivare och i viss mån av föräldrar (beskrivet i enkäten och/eller av uppgiftslämnare i intyg och/eller journalutdrag) (se bilaga 1). Information berättad från barnen själva saknas oftast helt.

Demografi

Demografisk information (ålder, kön, nationalitet/etnicitet/språk) har i första hand hämtats från besluten fattade i första instans (Migrationsverket) eller ur andra beslut fattade av migrationsmyndigheterna.

Uppgivenhetssymtom: definition enligt MAST indelningen

Informationen om uppgivenhetssymtom i tabellerna (se t ex tabell 1) och i texten är i denna resultatrapport sammanställd från olika källor (för beskrivning se bilaga 1). MAST indelningen (för detaljer se bilaga 2), har använts för att underlätta kommunikationen av sammanställningens resultat. MAST graderingen har utvecklats inom Stockholms läns landsting och är ett underlag för bedömning om funktionsnivå för att kunna klassificera vårdbehov. MAST har använts i Migrationsverkets rapport från mars 2011 [9].

MAST graderingen är inte en diagnostisk bedömning om sjukdom. Den är utvecklad i Sverige och har enligt vår kännedom inte används i andra länder. Kortfattat innebär MAST grad 1-3 följande (för detaljerad redogörelse se bilaga 2):

Grad 1. Innefattar barn som är i riskzon för att utveckla uppgivenhetssymtom, vilka uppvisar tydliga tecken på depression, men som inte är i behov av somatiska vårdinsatser.

Grad 2. Barnet är väg mot uppgivenhet/apati vilket innebär bland annat begränsad förmåga till kontakt, nedsatt rörlighet, och aptitnedsättning.

Grad 3. Barnet befinner sig i ett tillstånd av uppgivenhet/apati vilket innebär bland annat att barnet inte är kontaktbart, rörligheten är mycket begränsad, och födointaget sker via sond eller genom matning. Barnet behöver hjälp med dagliga rutiner som hygien och påklädning och är oftast omedveten om kroppsliga signaler (som hunger och behov av att gå på toaletten).

För barn som uppvisar uppgivenhetssymtom till den grad att de inte äter eller dricker kan sondmatning vara livsnödvändig. Så som redovisas i MAST indelningen: MAST 3 (bilaga 2), kan sond behövas om barnet förlorat förmågan att svälja. Sondmatning är ett av flera behov som ingår vid bedömning av grad 3.

En annan gradindelning som påträffas i sammanställningen är den tvågradiga skala (SOU Grad 1 och 2) som har rekommenderats av Socialstyrelsen [6].

För detaljer om vilken typ av information/ dokumentation som legat till grund för MAST indelningen (graderingen) i nuvarande sammanställning se bilaga 2.

Andra kliniska bedömningar

För totalt nio av 30 barn med uppgivenhetssymtom finns psykiatriska diagnoser (26 diagnoser) i övrigt saknas uppgifter i enkäten kring diagnos (se bilaga 3 för beskrivning av dokumenterade diagnoser).

Klinisk bedömning om funktionsnivå enligt Svenska C-GAS skalan (Child Global Activity Scale) har används för tre av 30 barn.

Beskrivning av ADL (dagliga livet aktiviteter) förekommer men nämns oftast kortfattat och det är oklart om ett specifikt bedömningsinstrument använts vid rapportering. Av dessa anledningar redovisas inte ADL som ett separat behovsbedömningsinstrument i sammanställningen.

Sjukdomsförlopp

Information om sjukdomsförlopp utgår från kvalitativa redovisningar dokumenterade främst i läkarintyg.

Beskrivning av 'potentiellt traumatiserande livshändelser'

Det framgår av enkäten, domar och läkarintyg att barnen och deras anhöriga varit utsatta för former av våld och övergrepp. Detaljnivån i uppgifterna kan överlag beskrivas som sparsam. De vanligaste förekommande formerna av våld har sammanställts i rapporten.

Beslutsprocess

Uppgifter om beslutsprocessen och den juridiska handläggningen utgår främst från de beslut från migrationsmyndigheterna som ingår i familjernas akter. När ny information inkommit (som t ex beslut om uppehållstillstånd) har sammanställningens arbetsgrupp försökt få tillgång till den informationen. Resonemang kring identitetshandlingar, muntlig förhandling, förekomst av hänvisning till praxisdomar och juridiskt förfarande utgår från de texter, som presenteras i besluten av migrationsmyndigheterna.

Resultat

Bakgrundsinformation

Fyra familjer (av 24) beviljades permanent uppehållstillstånd på grund av verkställighetshinder under tiden som sammanställningen pågick. Åtta har under samma tid fått beslut om avslag på verkställighetshinder och lever därmed under direkt hot om utvisning. Tolv familjer hade ännu inte sökt verkställighetshinder (en av familjerna väntade på beslut från Migrationsverket, första instans).

Antalet familjemedlemmar (barn under 18 år, föräldrar/förälder, vuxna barn, övrig vuxen så som morfar) varierar från två till sju personer, medelantalet var fyra.

Fjorton av 24 familjer är familjer med två föräldrar. Åldern (median) för mödrarna (24 stycken) är 37 år. Den yngsta modern är 30 år och äldsta 51. Åldern (median) för fäderna (14 stycken) är 36 år och den yngsta fadern är 31 och den äldsta är 54 år.

Tio föräldrar är ensamstående till totalt 21 barn. En av dessa är en pappa och övriga är mammor.

Sextio barn är under 18 år. Av dessa är 33 flickor i åldern ett till 17 år (medianålder 10år). Tjugosju barn är pojkar i åldern 0 till 16 år (medianålder 10 år). Fem barn är ”vuxna barn”. Två av dessa vuxna barn var under 18 år vid ankomst till Sverige.

Trettio barn under 18 år har uppgivenhetssymtom. I nio familjer är det endast det äldsta barnet som visar uppgivenhetssymtom. I tre familjer är detta det enda barnet. I 12 familjer finns det fler än ett barn med uppgivenhetssymtom, i dessa 12 familjer ingår fyra förstfödda barn tillsammans med andra eller tredje barnet i familjen med uppgivenhetssymtom.

Tretton av tjugofyra familjer tillhör minoritetsgrupper: åtta familjer är romer och fem uigurer (Tabell 1).

Tabell 1. Antal personer och barn under 18 år totalt och antalet barn med uppgivenhetssymtom enligt MAST 1-3, i relation till ålder, kön och etnicitet.

Variabler	Antal familjer (=24)	Antal personer (=106)	Antal barn under 18 år (=60)	Barn under 18 år med uppgivenhetssymtom		
				MAST 1 (=4)	MAST 2 (=7)	MAST 3 (=19)
Ålder år						
Medel (intervall)	-	-	9 (0 – 17)	10 (1-16)	13 (9-17)	11 (6-17)
Kön						
Flickor	-	-	33	3	4	12
Pojkar	-	-	27	1	3	7
Etnicitet/ Nationalitet/Språk						
Romer	8	41	26	-	6	4
Serbien	5	24	14	-	4	2
Kosovo	3	17	12	-	2	2
<i>Språk: Romani, Romani-Arli, Serbiska, Albanska-romani</i>	5	25	16	-	2	3
Uigurer	5	22	12	1	-	4
Kazakstan	6 ¹	25 ²	14 ³	2 ⁴	-	5 ⁴
<i>Språk: Uiguriska/Ryska</i>	5/5	16/19	12/14	1/1	-	4/5
Annan Nationalitet /Etnicitet	10	40	21	2	1	10
Armenien	4	16	7	-	-	5
Azerbajdzjan	2	8	6	1	-	2
Nord Ossetien /Ryssland	1	4	2	-	-	1
Kirgizistan	1	2	1	-	-	1
Uzbekistan	1	4	1	1	-	-
Turkiet	1	6	4	-	1	1

¹ Beskrivning av etnisk tillhörighet saknas för en familj.

² Beskrivning av etnisk tillhörighet saknas för tre personer.

³ Beskrivning av etnisk tillhörighet saknas för två person.

⁴ Beskrivning av etnisk tillhörighet saknas för en person.

Uppgivenhetssymtom, andra kliniska bedömningar samt sjukdomsförlopp

Uppgivenhetssymtom

Tjugofem barn har mycket svåra uppgivenhetssymtom (Tabell 1). Hälften av barnen med uppgivenhetssymtom tillhör minoritetsgrupper (romer 10 barn och uigurer fem). Det framgår av befintligt dokumentation att 14 av 19barn med MAST grad 3 sondmatats.

Andra kliniska bedömningar

För nio av 30 barn med uppgivenhetssymtom finns psykiatriska diagnoser dokumenterade. De vanligaste förekommande diagnoserna är de som indikerar svåra stressreaktioner (11 diagnoser: F 43.0 - F43.9). Den vanligaste omnämnda diagnosen är posttraumatiskt stresssyndrom (PTSD). Därefter förekommer diagnoser för depression (F32.1 - F32.9). Två barn har fått diagnos för apati (F 45.3). Övriga diagnoser relaterar till upplevelser i livssituationen och deras påverkan på psykisk hälsa (Z617, Z634, F940, Z914) (Se bilaga 3 för beskrivning av diagnoser).

Klinisk bedömning om funktionsnivå enligt svenska C-GAS skalan (Child Global Activity Scale, skala: 0-100) visar < 5, < 10 och < 25 för de tre av 30 barn, där dessa uppgifter finns dokumenterade.

Sjukdomsförlopp

Hos den övervägande delen av barnen har en gradvis försämring kunnat observeras under tiden de har vistats i Sverige (se exempel i Ruta 1).

Det finns även barn som utvecklat uppgivenhetssymtom före ankomsten.

Bland de första symtomen som nämns ingår ofta att barnen slutar tala, vill inte gå i skolan och äter mindre och mindre. Det finns också uppgifter om att barnen kvider eller skriker innan ett tillstånd av apati (se Ruta 1, enkät 7 och 13).

Uppgifterna är inte fullständiga, men den vård som funnits tillgänglig för personer under tiden de väntat på beslut från Migrationsverket vid första ansökningstillfället eller vid överklagande till Migrationsdomstol verkar ha varit i öppenvård, framför allt inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) (12 av 24 familjer). Fem familjer har vistats på behandlingshem.

Ruta 1 Beskrivningar av sjukdomsförlopp

Enkät-nummer	Utdrag från beskrivningar av barnens sjukdomsförlopp I stort citerat från enkäterna
1	Mamman och barnen visste inte var pappan fanns. Fick information att fadern blivit häktad i Sverige. Efter detta började flickan att må dåligt. Hon var orolig för att återvända, var ledsen för pappan och ville inte gå i skolan. Efter 3:e negativa beskedet slutade flickan att äta, kort därpå sattes sond och sedan dess sitter flickan i rullstol och beskrivs som helt apatisk.
2	Flickans tillstånd började försämrast höst/sommar 2010, i mitten av december 2010 slutar hon äta, sond sätts in 2010-12, efter nyår slöt hon ögonen och i jan. 2011 slutade hon helt göra motstånd.
3	Flickan slutade äta november 2010 och blev kort därpå okontaktbar. Blev inlagd på sjukhus och i december 2010 rapporteras att flickan matas med sond, tvättas och måste bäras till toaletten.
4	Flickan är sedan vintern/våren 2011 alltmer passiv och tystare, slutade äta april-maj 2011, slutade skolan i juni 2011, sedan dess sämre.
7	Under år 2007, barnet skrek, utåtagerande med plötslig ledsenhet, svåra uppgivenhetssymtom har sedan gradvis utvecklats sedan 2008. Augusti 2008 slutade S att gå och tala och ville inte gå till skolan.
9	Gradvis försämring över drygt ett år, sedan ett och ett halvt år matats med sked, hjälpts på/till toalett, vänds, slutna ögon, ej kommunicerar etc.
10	2008: slutade tala, åt dåligt, 4 månader (maj 2009) efter ankomst till Sverige, depressiva symtom, dålig blickkontakt svarar dåligt på tilltal. 2009-2010 ångestfylld, svåra depressionssymtom, december 2010-maj 2011.
13	Sedan vetskapen om avslaget 2010 helt apatisk, kvider inte längre. Ännu inte sond men blöjor.

Potentiellt traumatiserande livshändelser hos barnen

I 22 familjer finns barn som utsatts för potentiellt traumatiserande livshändelser dvs. livshändelser som kan framkalla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och/eller depression även hos personer som varit fullt friska och välfungerande innan det inträffade (misshandel, våldtäkt, dödshot). För mer in-

formation se Tabell 2. Två barn i de två familjer där det saknas information, får näringstillförsel genom sond (MAST 3) och ett annat barn har MAST grad 3 och ett grad 1.

Misshandeln, som har rapporterats, kan betecknas som grov. Många av barnen har bevittnat när föräldrar och syskon blivit slagna, våldtagna och bortrövade eller mördade. I samband med detta har också barn själva blivit slagna och hotade. Våldsutövningen har i de allra flesta fall utförts av en eller flera personer som inte är familjemedlemar, vid många tillfällen nattetid. Tabell 2 visar antalet familjer med barn med uppgivenhetssymtom enligt MAST indelningen 1-3, där förekomst av grovt våld mot barn finns dokumenterat.

I 15 av 22 familjer där det finns information om att barn blivit utsatta för grov misshandel, finns totalt 17 barn med MAST grad 2 och 3. I 12 familjer finns det uppgifter om att barn bevittnat grov misshandel av närstående (förälder, syskon); i dessa familjer finns 12 barn med MAST grad 2 och 3.

Det finns dokumenterat i två familjer att barn blivit utsatta för våldtäkt. I fyra familjer har barn blivit kidnappade och ett barn i en familj blev tvångs-separerad från sin mor och sina syskon. När det gäller förekomsten av döds-hot eller hot om våld så finns det rapporterat i 12 familjer. I samtliga dessa familjer har barnen svåra uppgivenhetssymtom.

Tabell 2 Potentiellt traumatiserande livshändelser hos barnen i familjer som inkluderar barn under 18 år med uppgivenhetssymtom.

Livshändelser för barn i 22 /24 familjer	Antal familjer dokumenterad information	Barn med uppgiv- enhetssymtom		
		MAST 1 (= 4)	MAST 2 (= 7)	MAST 3 (=19)
Misshandel	15	3	5	12
Bevittnat misshandel	12	2	5	7
Husrannsakan/skadegörelse av/attack på hemmet	4	0	0	4
Våldtäkt	2	0	0	2
Bevittnat våldtäkt	4	0	1	2
Kidnappning/ tvångsseparation	5	0	2	3
Varit med om dödshot eller hot om våld	12	0	5	7

Notera: Tabellen tar upp de fall där dokumentation finns. Det innebär att det saknas information/ dokumentation om potentiellt traumatiserande livshändelser i vissa familjer som har barn med uppgivenhetssymtom enligt MAST 1-3. Avsaknad av information innebär inte att personerna inte varit med om de händelser som summerats ovan, det säger endast att vi inte har tillgång till den informationen i sammanställningen. Dessutom finns det fler familjer där flera av de nämnda händelserna ingår. Barnen kan också ha varit med om andra lika viktiga händelser som inte finns dokumenterade i tabellen eller i detta avsnitt av rapporten.

Potentiellt traumatiserande livshändelser hos barnens föräldrar

Uppgifter om exponering för potentiellt traumatiserande livshändelser hos föräldrarna finns dokumenterat i 21 familjer. I tre familjer saknas relevant information, tre barn i två av dessa familjer har MAST grad 3.

Tabell 3 visar antalet familjer med barn med uppgivenhetssymtom enligt MAST grad 1-3 där förekomst av grovt våld mot föräldrarna finns beskrivet i akten.

I 17 av 21 familjer finns information om att minst en förälder blivit utsatt för grov misshandel. I nio familjers akter finns uppgifter om att minst en förälder blivit utsatt för våldtäkt. I sex akter finns det information om att minst en förälder blivit frihetsberövad/fängslad i det land som familjen flytt. Det finns uppgifter om att föräldrar utsatts för tortyr i fyra familjer. I 12 familjer har minst en förälder varit utsatt för dödshot eller hot om våld.

Husrannsakan/ skadegörelse av/ attack på hemmet rapporteras för familjen i tabell 2.

Tabell 3: Potentiellt traumatiserande livshändelser hos föräldrarna i familjer med barn under 18 år som har uppgivenhetssymtom

Livshändelser omnämnda som vuxna i 21 familjer varit med om	Antal familjer där informationen finns dokumenterad	Barn med Uppgivenessymtom		
		MAST 1 (= 4)	MAST 2 (= 7)	MAST 3 (=19)
Blivit misshandlad	17	2	6	12
Blivit våldtagen	9	0	1	7
Blivit frihetsberövad/fängslad	6	0	0	5
Blivit torterad	4	0	1	3
Varit med om dödshot eller hot om våld	12	0	7	8

Notera: Liksom i tabell 2, avsaknad av information innebär inte att personerna inte varit med om de händelser som summerats ovan, det innebär endast att vi inte har tillgång till den informationen i sammanställningen. Föräldrarna kan också varit med om andra lika viktiga händelser men som inte finns dokumenterade i tabellen eller i detta avsnitt av rapporten.

Ensamstående föräldrar

De totalt tio familjerna med ensamstående föräldrarna kommer från Armenien och Azerbajdzjan, Kazakstan (uigurer samt en familj där etnicitet är okänd), Serbien (romer) och Kirgizistan.

Samtliga 10 ensamstående föräldrar lider av sömnsvårigheter, symtom på depression, självmordstankar och har gjort självmordsförsök samt erhåller medicinsk behandling mot depression och PTSD. Tre av de ensamstående

föräldrarna bor på behandlingshem, två har, och tre är i stort behov av stödinsatser i hemmet. De 10 ensamstående föräldrarna har totalt 12 barn med MAST grad 2 och 3 (tio med MAST grad 3). En mamma har hand om två barn som sondmatas.

Fem ensamstående föräldrar till 13 barn lever under utvisningshot, en av dessa är mamman med två barn som har sondmatning. Fyra ensamstående föräldrar har fått permanent uppehållstillstånd under tiden för sammanställningen. En ensamstående förälder är ännu inte på verkställighetshinderstadiet i beslutsprocessen.

De potentiellt traumatiserande livshändelserna inkluderar samma händelser som i familjer med två föräldrar. I en av de 10 familjerna med ensamstående föräldrar saknas det information om barnets potentiellt traumatiserande livshändelser. I familjen med mamman till de två barnen som sondmatas saknas i slutligen uppgifter om vad mamman varit med om. Där framkommer inte de grova övergrepp, som hon utsatts för.

Psykisk ohälsa hos barnens föräldrar och vuxna syskon

Tabell 4 visar att i 20 familjer finns uppgifter om, att minst en förälder har symtom på psykisk ohälsa. Vanliga symtom är sömnsvårigheter, nedstämdhet/ depression, koncentrationssvårigheter, ångest och rädsla.

I 20 familjer har minst en förälder bedömts i intyg att ha otillräcklig omsorgsförmåga på grund av hög psykisk press.

I tre familjer finns uppgifter om svår psykisk ohälsa för fyra av fem vuxna syskon.

I fem familjer finns det uppgifter om att en förälder har självmordstankar eller har gjort självmordsförsök; i samtliga familjer där förälder har gjort självmordsförsök finns barn med svåra uppgivenhetssymtom.

I 15 familjer har föräldrar psykiatrisk behandling. Vanligaste behandlingen är psykofarmaka och av dessa är antidepressiv behandling mest förekommande. Föräldrar i fem familjer har antidepressiv behandling.

I tre familjer finns uppgifter om fysiska problem hos föräldrarna såsom diabetes, struma och njurbesvär.

Tabell 4 Psykisk ohälsa hos föräldrar och vuxna syskon i familjer med barn under 18 år som har uppgivenhetssymtom

Förekomst av psykisk ohälsa hos föräldrar och vuxna syskon (24 familjer)	Antal familjer information dokumenterad	Barn med Uppgivetssymtom		
		MAST 1 (= 4)	MAST 2 (= 7)	MAST 3 (=19)
Sömnsvårigheter, oro, nedstämdhet	20	4	6	17
Självmodstankar/ Självmodsförsök	2/3	1/1	1/0	1/3
Psykiatrisk behandling för depression/ångest/PTSD	15	2	2	15
Föräldrarnas har bristande omsorgsförmåga	20	4	6	14
Syskon över 18 år som har psykisk ohälsa i form av t ex PTSD, uppgivenhetssymtom och/eller suicidisk.	3	1	1	1

¹PTSD- posttraumatiskstressyndrom

Notera: Avsaknad av information innebär inte att personerna inte varit med om de händelser som summerats ovan, det säger endast att vi inte har tillgång till den informationen i sammanställningen.

Beslutsprocessen

Beslutsunderlag

I många fall när det gäller migrationsmyndigheternas beslut verkar barnens situation inte ha beaktats, även om man formellt skriver i avslagsbesluten att man tagit hänsyn till barnens bästa. I flera fall är inget av barnen i en familj nämnda annat än mycket kortfattat. Det är oftast endast faderns asylskäl som bedömts.

Identitetshandlingar

Det anges i ett tidigt stadium i Migrationsverkets beslut huruvida personerna som söker asyl och skydd kan styrka sin identitet. Exempel på motivering om varför detta sker kan läsas i Ruta 2.

Av 24 familjer har fem lämnat in identitetshandlingar (pass/id-kort) som Migrationsverket ansett kunna göra deras identiteter sannolika eller styrkta.

Åtta familjer har inte lämnat in identitetshandling som ansetts tillräckliga för att göra identiteten sannolik eller styrkt.

Sju familjer har lämnat in annan handling som körkort, födelsebevis, examensbevis m.m. Av dessa har fem underkänts och för de övriga två har identitetshandlingen ansetts tillräcklig.

Information om identitetshandling saknas för tre familjer. I de fall där identitetshandlingar inte anses styrkta, tydliggörs i flertalet fall hur prövningen av ärendet görs (se exempel i Ruta 3).

Ruta 2 Standardformulering identitetshandlingar

"Inom asylrätten är det en grundläggande princip att den asylsökande ska göra sitt behov av skydd sannolikt. För att asylskälen ska kunna bedömas måste det först prövas om sökande har kunnat göra uppgifterna om sin identitet, medborgarskap och hemland sannolika"

Migrationsverkets beslut (Enkät 25)

"Det har inte inlämnats några identitetshandlingar, deras identiteter kan därför inte anses vara styrkta. Migrationsverkets anser det dock sannolikt, mot bakgrund av det som i övrigt framkommit i ärendena, att familjen är hemmahörande [i det land som angetts]. Prövningen i ansökan skall därför göras i förhållande till det land [som angetts]"

Migrationsverkets beslut (Enkät 2)

Muntlig förhandling

Under Kammarrätten och Migrationsöverdomstolens utredning inför beslut finns det möjlighet att yrka på muntlig förhandling för att tydliggöra eventuella missförstånd eller utreda oklarheter. Muntlig förhandling bör hållas om inte särskilda skäl talar emot eller om den inte är obehövlig [10].

I två av 24 familjers ärenden har muntlig förhandling yrkats och även hållits. För sju familjer har muntlig förhandling yrkats men avslagits. I 11 ärenden har muntlig förhandling inte yrkats. I fyra fall är det oklart om muntlig förhandling har yrkats eller ej.

Praxisdomar

Migrationsöverdomstolen fattade ett vägledande praxisbeslut i ett fall med uppgivenhetssymtom i november 2001. Pojken, som hade hunnit fylla 18 år fick uppehållstillstånd trots att han bedömdes som vuxen med de större krav detta innebär. Ett annat vägledande praxisbeslut fattades av Regeringen om en pojke med ett svårt uppgivenhetstillstånd. Regeringsbeslut 2005-07-07, UD 2005/26449/MAP (se Ruta 4).

För de 24 familjerna som ingår i sammanställningen framgår det att praxisdomarna inte diskuterats i besluten. Endast i ett fall används praxisdom från 2009 som referens, men då som underlag till avslagsmotivering och inte som motivation till uppehållstillstånd vilket är det som själva praxisdomen handlar om.

Ruta 4 Migrationsöverdomstolens vägledande beslut angående en 18-åring med svåra uppgivenhetssymtom

"Den medicinska utredningen i målet får anses visa att [namn] lider av svår psykisk ohälsa och hans vårdbehov beräknas kvarstå under en längre tid. Behandlingen förutsätter vidare att [namn] befinner sig i en trygg miljö. Även med beaktande av att psykiatrisk vård- om än med stora brister- finns att tillgå i [namn] hemland måste det i sammanhanget beaktas att det är händelser i hemlandet som ligger till grund för hans psykiska ohälsa. Med hänsyn härtill och vid en sammantagen bedömning av [namn] situation i övrigt finner Migrationsöverdomstolen att det föreligger sådana synnerligen ömmande omständigheter beträffande honom att han ska beviljas permanent uppehållstillstånd. Utvisningsbeslutet rörande [namn] ska därmed upphävas"

Migrationsöverdomstolen vägledande beslut
Mål nummer UM 8435-08 (2009)

Juridiskt förfarande

Processen till avslag ser ut att följa ett mönster som innebär 1) att flyktingstatus och/eller skyddsbehov först utesluts. När detta gjorts så bedöms 2) hälsotillståndet vilket inkluderar bedömningen om vård kan fås i hemlandet. Det förefaller som att information om traumatiska händelser och övergrepp som barnen utsatts för ofta kommer fram först sent i asylprocessen, många gånger först efter att familjen fått avslag i sin ansökan om flyktingstatus eller skyddsskäl (se fallbeskrivning 1, Ruta 5).

Diskvalificeringen av flykting/skyddsbehov verkar i flertalet fall härröra från ett resonemang kring att berättelsen brister i trovärdighet alternativt att möjligheter till skydd inte uttömts i det land som personerna flytt ifrån. Detta grundar sig i flera fall på att man inte vänt sig till myndigheter (såsom polis) i landet som personerna har flytt från. När detta inte gjorts menar migrationsmyndigheterna att personerna inte har uttömt möjligheterna till skydd (se exempel i fallbeskrivning 2, Ruta 6).

Situationen i hemlandet och behovet av flyktingstatus/skydd verkar på så vis ha diskvalificerats på ett tidigt stadium. Denna diskvalificering verkar sedan hänga med under hela asylprocessen och skiljer sig på så vis från praxisdomen i Ruta 4, vilken i den sammanlagda bedömningen tar hänsyn till att händelser i hemlandet legat till grund för den psykiska ohälsan som barnet lider av.

Fallbeskrivning 1

Fallbeskrivningen i Ruta 5 visar exempel på ett beslut från Migrationsdomstolen. Familjen tillhör en etnisk minoritet vars barn har svåra uppgivenhetssymtom och det finns även dokumenterat att barnet visat symtom på PTSD och lider av panikångest. Familjen uppger att de blivit utsatta för trakasserier, förnedring och hot på grund av sin etnicitet och att barnen blivit trakasserade i skolan, flickan allvarligt.

Ruta 5. Fallbeskrivning: Avslag i grundärendet och avslag verkställighetshinder. I dagsläget polisärende.

"Familjen har inte gjort sannolikt att de är i behov av skydd såsom flyktingar, alternativt skyddsbehövande eller övrigt skyddsbehövande. [Barnets] hälsotillstånd bedöms inte av sådan art att det är synnerligen ömmande i utlänningslagens mening. Hon kan därmed inte beviljas uppehållstillstånd på grund av hennes hälsotillstånd. Hon har i hemlandet fått läkarvård mot de anförda besvären. Inte heller har det framkommit att någon annan i familjen har några skäl som skulle kunna anses som synnerligen ömmande. Familjen kan således inte beviljas uppehållstillstånd på grund av synnerligen ömmande omständigheter. I beslutet har särskilt beaktats att [barnen] är barn men funnit att det inte kan anses strida mot deras bästa att följa med sina föräldrar när de återvänder till [hemlandet]"

Migrationsdomstolens dom (Enkät 23)

Fallbeskrivning 2

Fallbeskrivningen i Ruta 6 angår en familj där resonemang kring avslag förs utifrån uppgifter om händelser som dottern född 1997, mamman och en yngre bror varit med om. Bägge barnen beskrivs som tidigare friska. De var på grund av etnisk tillhörighet trakasserade och misshandlade i skolan i landet som de tillsammans med sin mamma flytt. När flickan efter händelse som rapporteras i Ruta 6 kom tillbaka blev mamman våldtagen under en timme i rummet intill där barnen var. Av läkarintygen framgår att mamman mår mycket dåligt: hon har PTSD, depression och har gjort två självmordsförsök. Hon får sömnmedel, och preparat mot oro och ångest och svår depression. Flickan och hennes syskon har diagnoser på psykisk ohälsa och flickan har svåra uppgivenhetssymtom.

Totalt finns tio intyg (nio läkarintyg och ett psykologintyg) som bekräftar sjukdomstillstånden för mamman och barnen. Berättelsen väcker stark misstanke om, att även flickan blivit utsatt för övergrepp (möjligtvis våldtäkt).

Migrationsmyndigheterna ifrågasätter inte hälsotillstånden eller händelserna (Ruta 6). Dock anses situationen i landet, som familjen kommer ifrån inte flyktingberättigande. Flickan har inte gjort sannolikt att landets myndigheter inte vill skydda henne och därmed föreligger inte behov av skydd utan familjen kan få skydd i hemlandet. För att kunna få skydd i Sverige hade familjen först behövt anmäla polismannen till polisen och först därefter skulle familjen ha rätt till internationellt skydd.

Synnerligen ömmande omständigheter anses inte föreligger eftersom inget bevis framlagts som tyder på att barnet skulle ta skada i sin psykosociala utveckling om hon återvänder till [hemlandet] tillsammans med sin mor och eftersom händelserna inte är polisanmälda. Verkställighetshinder avslogs då inga nya omständigheter framkommit.

Ruta 6. Fallbeskrivning: Avslagsmotivering och misstanke om övergrepp.

Ansökan om flykting/skyddsskäl avslås:

Migrationsverket "bedömer att situationen för [minoritetsgruppen] och även den allmänna situationen i [landet] inte generellt berättigar uppehållstillstånd". Dottern anses inte som flykting med argumentet "Du har genom din mor uppgett att du i samband med att polisen kom hem till familjen blev insläpad i ett rum och att din mor aldrig fått veta vad som hände i rummet". "Någon polisanmälan har inte gjorts på grund av att polisen inte vidtar några åtgärder vid anmälan av [minoritetsgruppen]". "Ingen polisanmälan har heller gjorts efter vad som eventuellt hände dig då polisen kom hem till er". "Du har inte gjort sannolikt att [landets] myndigheter skulle sakna vilja eller förmåga att skydda dig mot övergrepp av statliga tjänstemän eller mot trakasserier av [hemlandets] medborgare för att du är [tillhörande en minoritetsgrupp]".

Synnerligen ömmande omständigheter avslås:

"Migrationsverket anser därför vid en samlad bedömning av barnens situation i hemlandet och med beaktandet av principen om barns rätt till hälsa och utveckling samt vad barnets bästa i övrigt kräver, att det inte kan anses som olämpligt för dig att återvända till hemlandet[landet]". "Det har heller inte visats att du skulle ta skada av i din psykosociala utveckling av att återvända till [hemlandet] tillsammans med din mor". "Migrationsverket ifrågasätter inte familjens och då i synnerhet barnens hälsotillstånd". "Händelserna är att anses som kriminella handlingar utförda av enskilda polismän. Dessa handlingar är utförda av enskilda personer och kan inte anses separerade eller vara sanktionerade av myndigheterna i [hemlandet]. "Händelserna är inte polisanmälda". "En förutsättning för att kunna erhålla internationellt skydd är att inhemska rättsmedel har blivit uttömda"

Migrationsdomstolens dom (Enkät 10)

Prövning i verkställighetsstadiet

Vanligt förekommande motiveringar till avslag vid verkställighetsstadiet är att skyddsbehov inte föreligger, att inga nya skäl inkommit (se Ruta 7) och att anpassning till Sverige inte förekommit nämnvärt (t ex nämns kort period i Sverige som orsak) och därmed inte utgör ett problem för avslag. Det framgår i flertalet fall att verkställighetshinder avser huruvida medicinskt hinder föreligger för det praktiska verkställandet av utvisning, dvs. att verkställighetshinder skall röra sig om undantagssituationer och att det inte är svårighetsgraden som skall bedömas utan om sjukdomstillståndet utgör ett hinder för själva verkställigheten dvs. utvisningen=transporten (se Rutorna 8a: enkät 4, 8 och 13 och 8b: enkät 15).

Ruta 7. Fallbeskrivning: Avslag verkställighetshinder.

"Av intygen framgår bl. a att [namn] redan i augusti 2010 försjönk i uppgivenhetssymtom. Ett tillstånd där det med nöd och näppe går att få i honom tillräcklig mängd näringsdryck via skedmatning. Inget nytt avseende vården på sätt att [namn] alltjämt vårdas i hemmet av anhöriga. Någon förbättring av hans hälsosituation har inte skett. Samma omständigheter som legat till grund för bedömningen av att synnerligen ömmande omständigheter inte föreligger och har prövats enligt 5 kap 6§ föreligger idag. Det finns därför inte något verkställighetshinder. Detta beslut får inte överklagas"

Migrationsverket (Enkät 22)

Resonemang kring hälsa och ohälsa

Beslutsfattarna resonerar i besluten om förekomst av hälsa och ohälsa i bedömningar av ansökan om verkställighetshinder av medicinska skäl eller synnerligen ömmande omständigheter. I flera fall förs dock resonemang som ligger utanför beslutsfattarnas roll och områdeexpertis såsom t ex risker för ohälsoutveckling och hälsotillstånd samt förekomst av specifika diagnoser. Se nedan som exempel på hur detta har använts för att motivera avslagsbeslut.

- A) Som framgår av Ruta 9 och enkät 13 Ruta 8a förs t ex resonemang kring varför den psykosociala utvecklingen för ett barn med svåra uppgivenhetssymtom inte kommer att skadas av ett återvändande.
- B) Det förekommer även resonemang kring huruvida PTSD kan fastställas dvs. diagnostiseras med objektiva mått (se enkät 9, Ruta 8a). I exemplet från enkät 13 (Ruta 8a) skriver beslutsfattarna att det är mycket sannolikt barnet utvecklat "ett uppgivenhetssymtom av allvarlig art". Därefter menar Migrationsverket att diagnosen PTSD dock "är mer osäker och ej kan tydligt fastställas".
- C) Ruta 8b, enkät 25, gäller ett barn med svåra uppgivenhetssymtom som blivit kidnappat av okända män och där familjen utsatts för förföljelse och hot. I avslagsmotiveringen beskriver beslutsfattarna först att de förstår att pojken är i behov av vård. Därefter förs ett resonemang om graden av barnets funktionsnedsättning (d.v.s. graden av devitalisering), beslutsfattarna hävdar att barnet inte är tillräckligt svårt sjukt. Beslutsfattarna avfärdar journalanteckningarna utförda av BUP med argument att dessa ej på tillfredsställande sätt kan dokumentera pojkens hälsotillstånd. Beslutsfattarna menar därefter att de utifrån det inlämnade underlaget inte kan göra en bedömning av suicidrisk. Migrationsdomstolen använder sig också av avsaknad av läkarintyg om barnets hälsotillstånd som motivering till avslag.
- D) I enkät 13(Ruta 8a) motiveras avslagsbeslut pga. barnets viktökning.

Stereotypa föreställningar

Beslutsfattarnas bedömningar redovisade i Rutorna 8a och b, innehåller flera exempel på stereotypa föreställningar och insinuationer. Såsom att:

- A) den psykiska ohälsan är uttryck för andra skäl än de flykting- och skyddsskäl som familjerna har yrkat. Se exempel enkät 8 Ruta 8a om bl. a svikna förhoppningar, ekonomiska och sociala problem samt enkät 15 Ruta 8b.
- B) föräldrarna inte skulle vara beredda att ta ansvar för sina barn (se exempel enkät 25, Ruta 8b).
- C) på liknande vis (som i punkt 3) nämns att barnet inte skulle ta skada av att återvända tillsammans med sin förälder/föräldrar (se Rutorna 6 och 8). Beslutet att föräldrarna inte skall få stanna verkar definitivt. Migrationsmyndigheternas fråga blir om barnet också skall utvisas. Beslutsfattarna verkar mena att det enda utrymmet för att barnet skall kunna stanna i Sverige skulle vara om barnet kan ta skada av att vara med sina föräldrar. På så vis läggs hela ansvaret på föräldrarna om huruvida barnet mår bra framöver, utan hänsyn till föräldrarnas berättelser och ursprungliga ansökan om skydd.
- D) vårdtillgång för behandling av barnet i det land som barnet och dess familj kommer från skulle med säkerhet finnas. Motsatsen måste bevisas dvs. barnen och deras familjer måste bevisa att vård inte kommer att finnas i landet (se exempel ruta 8b, enkät 25). Underlaget för att styrka denna form av avslagsmotivering utgår ofta från generell landsinformation (se Ruta 8a, enkät 13). Hänvisning till landsinformation om förekomst av eventuell diskriminering av etniska grupper och om vårdtillgång är sannolik med tanke på familjernas berättelser och uppgivna orsaker till flykt saknas dock.

Ruta 8a Utdrag ur avslagsmotiveringar

Enkät-nummer	Citat från enkäterna. Fetstil har gjorts av rapportförfattarna för att belysa den delen i citaten som framförallt diskuteras i texten.
4	Beslut verkställighetshinder: "Migrationsverket anser att det inte finns hinder enligt 12kap 18§ utlänningslagen (2005:716) mot att utvisningsbeslut verkställs. Med beaktande av intyg och i övrigt det som framkommit om flickan X's hälsotillstånd "föreligger det inte enligt Migrationsverket ett sådant medicinskt hinder som avses i 12kap 18§ första stycket punkt 3 utlänningslagen som medför att en verkställighet inte kan praktiskt genomföras" .
8	Migrationsverket prövar 12:18 självmant inkomna läkarintyg för sonen men ger avslag. Vad som anförs i inlämnat läkarintyg skall nu provas inom ramen för 12:18. I motivuttalandena har regeringen uttalat att det ej är svårighetsgraden av sjukdomstillståndet i sig som skall bedömas utan frågan om aktuellt sjuktilstånd utgör ett hinder mot verkställighet i det enskilda fallet, samt att det finns väldigt lite utrymme för att ta hänsyn till faktorer som svikna förhoppningar, oro för att återvända, för ekonomiska och sociala problem i verkställighetsärendet.
9	1) Rättsregler 12 Kap 18 § 3 p. Prop. 2004/05 170s 299, s 266 utlänningslagen 1 kap 10§ 2) förtroendeläkarens utlåtande "diagnosen uppgivenhetssyndrom beskrivs ett typiskt förlopp men tydliga objektiva mått saknas till stora delar vilket gör diagnosen mer osäker"
13	Man börjar med att konstatera att utrymmet för att bevilja uppehållstillstånd på grund av medicinska skäl i verkställighetsärendet är mycket begränsat samt att pappan och barnets bästa skall beaktas och att det ej krävs samma tyngd när det gäller barn. Migrationsverket finner att det av läkarintygen ej framgår att det föreligger medicinska hinder mot verkställighet och att frågan är om det finns annan särskild anledning till att verkställighet ej bör genomföras. Migrationsverket anser att det ur läkarintygen går att utläsa att flickan E mycket sannolikt utvecklat ett uppgivenhetssymtom av allvarlig art men att diagnosen PTSD är mer osäker och ej kan tydligt fastställas. Hon lider ej heller av somatisk sjukdom, hon har även ökat i vikt. Det framgår att flickan ej vårdas på sjukhus utan i hemmet och att utöver sondmatning ej får annan medicin/behandling. Pappan får anses ha omsorgsförmåga. Av läkarinformation framgår ej heller planerad vård i Sverige. Framgår ej att medicinsk behandling i Sverige är försättning för att flickan ska bli frisk, framgår ej heller att återvända till [landet som familjen flytt ifrån] skulle skada hennes psykosociala utveckling. Landinformation visar att det finns tillgång till näringsstillförsel i [landet som familjen flytt ifrån] samt mångfaldig medicinsk specialistkompetens. Finns ej skäl att avbryta verkställighet.

Ruta 8b Utdrag ur avslagsmotiveringar, fortsättning från ruta 8a

Enkät-nummer	Citat från enkäterna. Fetstil har gjorts av rapportförfattarna för att belysa den delen i citaten som framförallt diskuteras i texten.
15	<p>"Av propositionen 2004/2005 170 sidan 299, framgår att det inte är svårighetsgraden av sjukdomen i sig som skall bedömas utan om det aktuella sjukdomstillståndet utgör ett hinder mot verkställighet i det enskilda fallet". "Beträffande de sociala svårigheterna [...] framgår att verkställighetsbeslut om avvisning eller utvisning för de flesta innebär en kombination av svikna förhoppningar, oro för att återvända till hemlandet och för ekonomiska och sociala problem. Utrymmet för att ta hänsyn till sådana faktorer måste vara mycket begränsat i verkställighetsärendet". "Migrationsverket anser inte att mamman eller döttrarnas svårigheter till skolgång och socialt leverne utgör verkställighetshinder enligt 12 kap 18§ första stycket Utll. Det har heller inte anförts några vägande skäl för att inhibera verkställigheten av avlägsnandebeslutet".</p> <p>25 Migrationsverket: Det skulle finnas vård för pojken i [hemlandet]. Pojken befinner sig inte i ett apatiskt tillstånd enligt Migrationsverket; men visar tecken på depressiv devitalisering. Migrationsverkets motivering avslag till verkställighetshinder: Av ingivet läkarintyg framgår att pojken visat tecken på depressiv devitalisering och att det finns risk för att han utvecklar ett riktigt depressivt devitaliseringstillstånd om han ej får vård. Migrationsverket gör bedömningen att pojken alltså ej nu befinner sig i ett devitaliseringstillstånd utan han har visat tydande tecken på sådant tillstånd. Enligt landsinformation finns vård att tillgå i [hemlandet]. Även om vården ej håller samma kvalitet som vården i Sverige anses den adekvat i utlänningslagens mening. Av journalanteckningar framgår att båda föräldrarna är beredda att ta ansvar för pojkens mående. Framgår ej heller att familjen ej skulle ha tillgång till socialt nätverk i hemlandet. Gällande pojkens suicidförsök så framgår ej av journalanteckningarna hur allvarlig denna ohälsa är eller vad den har sin grund i. Ej någon medicinsk utredning gällande suicidförsöken har inkommit. Kan därför utifrån ingivet intyg ej göra någon bedömning gällande suicidrisken. Samlad bedömning: beaktar att det handlar om barn men finner ej att verkställighetshinder föreligger. Avslag.</p> <p>Migrationsdomstolen: vad som åberopats är ej tillräckligt för att göra det sannolikt att de har skyddsbehov. 5:6 utlänningslagen: ifrågasätter inte pojkens ohälsa d.v.s. att han mår psykiskt dåligt men det saknas läkarintyg. Journalanteckningar kan ej självständigt på tillfredsställande sätt anses dokumentera pojkens hälsotillstånd. Avsaknad av läkarintyg gör pojkens hälsotillstånd svårt att bedöma. Vårdbehov framgår inte heller. Ej heller visat att vård ej finns i [hemlandet].</p> <p>Ej verkställighetshinder.</p>

Diskussion

Barn med uppgivenhetssymtom

Den nuvarande sammanställningen genomfördes under en tremånadersperiod hösten 2011. Tjugofyra familjer ingick, som sökt asyl mellan 2004 och 2011 och som fått avslag på ansökan i första instans samt de flesta även på verkställighetshinder..

Av familjerna med 60 barn under 18 år, fanns det dokumentation om att 30 barn uppvisade uppgivenhetssymtom enligt MAST graderna 1-3 och mer än hälften tillhörde den svårast sjuka gruppen. För ytterligare barn fanns uppgifter som tyder på att de lider av annan form av psykisk ohälsa eller att de är i riskzon för psykisk ohälsa

Resultaten sätts i ett sammanhang av tidigare observationer som gjorts sedan år 2005 i Sverige. Detta gäller främst den kunskap som presenterats i en forskningsrapport om 25 asylsökande barn när de varit inneliggande för behandling på sjukhus [1] samt i rapporten "Börden de kom med" (2008) som omfattade 33 barn med uppgivenhetssymtom [4]. I dessa tidigare rapporter [1,4] sammanfattades 18 olika observationer angående familjerna. Tio av dessa observationer var jämförbara med enkätfrågorna i den nuvarande sammanställningen. Viss jämförelse görs även med resultaten från den nationella översynen om apatiska barn från 2005, som inkluderade 424 barn [11].

Barnens etniska och nationella bakgrund

Barnen med uppgivenhetssymtom är födda i nio olika länder. Liksom i tidigare rapporter [1,4], kommer de flesta från Serbien och Kosovo samt f.d. Sovjetrepubliker. Majoriteten av barnen tillhör minoritetsgrupper (romer och uigurer).

Orsakerna till att barnen med uppgivenhetssymtom är från just ovanstående nationaliteter och minoritetsgrupper är troligen flera: flyktmigration är i mångt och mycket en selektionsprocess (vilket är syftet med en reglerad och restriktiv eller "kontrollerad" migration). Vem som kan söka asyl i Sverige beror på faktorer såsom Sveriges geografiska placering, internationella överenskommelser samt utresemöjligheter och flyktvägar från de länder som människorna tvingas lämna. Efter flykten blir det också en selektion i Sverige: majoriteten av människor som ansöker om skydd i Sverige får avslag i första instans och vilka grupper som sedan får uppehållstillstånd grundar sig delvis på individuella behov men också på politiska beslut.

I denna sammanställning framgår att barnen med uppgivenhetssymtom i hög grad blivit utsatta för grovt våld såsom misshandel, våldtäkt eller kidnappning, ofta på grund av sin etniska tillhörighet. Våld kan orsaka psykiska problem oavsett kulturell bakgrund [12] eftersom att lida på grund av våld är

allmänmänskligt. Liknande tillstånd som de aktuella uppgivenhetssymtomen finns dokumenterat inom barnpsykiatri, och katastrof- och försvarspsykiatri, samt under begreppet ”pervasive refusal syndrome” [1]. Samma symptom, som man kan läsa i inledningen av denna rapport, finns också hos barn som fötts i Sverige. Kulturell-, religiös-, köns-, eller annan form av grupp-tillhörighet kan utgöra ett stöd för individen eller vara en del i en utstöttningsprocess [12]. Man bör vara ytterst försiktigt med att dra slutsatser om att barnen utvecklar uppgivenhetssymtom beroende på stereotypa föreställningar om beteenden eller beteendemönster hos den grupp som barnen tillhör.

Advokat Sten de Geer menar att anledningen till att det nu finns många romska barn med uppgivenhetssymtom från Serbien och Kosovo i sig inte är en slump [10]. I stället för att hävda att barnen på grund av sin etniska tillhörighet är på ett visst sätt, som skulle kunna förklara eller förvärpa symptom-bilden, ligger en stor del i orsaken snarare på strukturell nivå. Han menar att det finns anledning att ifrågasätta om barnen över huvudtaget har tillgång till någon verklig asylprocess i Sverige. Beslut om avvisning med omedelbar verkställighet sker ofta för romer utan rättighet att överklaga, utifrån undermåliga och stereotypa utredningar och utan eller med bristande offentligt biträde [10].

Brister i tillämpningen av utlänningslagens bestämmelser om rätt till skydd och internationella konventioner är ett stort problem [10]. Det är sannolikt att detta, liksom att inte bli trodd, i kombination med erfarenheter av potentiellt traumatiserande livshändelser, trakasserier och förföljelse och den otrygghet och ovisshet som barnen lever under i Sverige, samt rädsla för framtiden och bristen på tillit, är orsaken till utvecklingen av uppgivenhetssymtom.

Åldersfördelning

I nuvarande sammanställning är åldersfördelningen 6-17 år (MAST 2 och 3) för barnen som visar svårast uppgivenhetssymtom. Åldersfördelningen hos de fyra barn som uppvisar symptom i riskzonen är 1-16 (MAST 1). Åldersfördelningarna i tidigare rapporter var mellan 7-13 år [1], 7-15 år [11] och 7-17 år [4]. Att barn i något lägre åldrar finns med i nuvarande sammanställning kan höra samman med att man i dagsläget är mer alert på att uppmärksamma barn med uppgivenhetssymtom och framförallt barn i riskzon för apati, än vad man var tidigare. Det kan också vara ett tecken på att fler yngre barn har varit med om potentiellt traumatiserande händelser. Det är därmed viktigt att uppmärksamma de barn som är i riskzon och utreda och erbjuda preventiva insatser.

Ensamkommande barn

I tidigare rapporter fanns inga ensamkommande barn [1,4,11]. Det förekommer heller inga ensamkommande barn i nuvarande sammanställning.

Det bör dock nämnas att i Migrationsverkets rapport från mars 2011 finns det i fallbeskrivningarna ensamkommande barn och barn utan föräldrar [9].

Könsfördelning

Det har tidigare rapporterats att könfördelningen mellan flickor och pojkar har varit relativt jämn. I Bodegårds rapport (2006) [1] och i den nationella översynen från 2005 [11] var fördelningen lika och i den senaste rapporten från 2008 var 18 av 33 barn flickor [4]. Nuvarande sammanställning visar att 19 flickor och 11 pojkar har uppgivenhetssymtom enligt MAST. Skillnaden mellan könen i antalet barn med uppgivenhetssymtom är alltså större i nuvarande sammanställning än vad som tidigare rapporterats. Bland syskonen är könsfördelningen jämn. Orsakerna till denna förändring kan inte direkt förstås men bör på grund av kartläggningens upplägg inte generaliseras.

Första barnet

Tidigare har det uppmärksamats att det framförallt är det förstfödda barnet i familjerna som visar uppgivenhetssymtom [1,4,11]. Denna observation kan inte göras i nuvarande sammanställning. Det förstfödda barnet visar uppgivenhetssymtom i 13 fall men samtidigt har fyra av de 13 förstfödda barnen även syskon med uppgivenhetssymtom.

Svåra traumatiska händelser hos barnen

De vanligaste förekommande formerna av våld har sammanställts i rapporten under 'potentiellt traumatiserande livshändelser'. Denna typ av livshändelser är sådana som kan framkalla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och/eller depression hos personer som varit fullt friska och välfungerande innan händelsen/händelserna inträffade[13] och skiljer sig därmed från frustrerande händelser i vardagslivet eller traumatisk förlust [13]. Det är påfallande att det för 22 av 24 familjer finns dokumentation om att barnen med uppgivenhetssymtom har erfarenhet av grovt våld och kränkning och/eller blivit vittne till effekter av grovt våld och kränkning av nära anhöriga (föräldrar och/eller syskon).

Många av barnen har själva varit med om, eller bevittnat när föräldrar och syskon blivit, slagna, våldtagna och utsatta för dödshot eller hot om våld. Omständigheter som ytterligare kan påverka upplevelserna och möjligheter till "coping" är att våldsutövningen ofta verkar ha utförts av fler än en person och vid många tillfällen i mörkret nattetid. Ett flertal barn har också tidigare blivit kidnappade; att med tvång tas från sina föräldrar, de som beskyddar barnen, är en mycket svår upplevelse för varje barn och även för föräldrarna [2].

Exponering för våld och övergrepp är i allmänhet underrapporterat särskilt ofta när det gäller kränkande övergrepp exempelvis av sexuell natur och speciellt när det är barn som drabbats. Det kan därför förväntas att denna sammanställnings resultat om 'potentiellt traumatiserande händelser' utgör en minimifrekvens och att det sannolikt även här finns ett mörkertal. För

detta talar tidigare studier av barn med svåra uppgivenhetssymtom med en mycket hög förekomst av traumatiserande övergrepp. Bodegård (2006) observerade att 24 av 25 barn hade varit utsatta för svåra traumatiska händelser, ofta övergrepp [1]. I rapporten "Börden de kom med" [4] redovisas att samtliga barn upplevt dramatiska händelser som föranlett flykten. Händelserna liknar dem som kommer fram i nuvarande sammanställning, men redovisades å andra sidan inte alls i den nationella översynen 2005 [4,11].

Familjesituation och föräldrarnas och vuxna syskons hälsa

Många föräldrar till barn med uppgivenhetssymtom har blivit misshandlade, fått sina barn bortrövade, blivit våldtagna, frihetsberövade, fängslade, torterade, fått nära anhöriga (inklusive sina barn) mördade, och blivit utsatta för dödshot eller hot om våld.

Det framgår tydligt av sammanställningen att föräldrarna till barnen lever under hög psykisk press; i de flesta familjer finns uppgifter om psykisk ohälsa hos minst en av föräldrarna och om bristande omsorgsförmåga, nästan alla vuxna syskon har svår psykisk ohälsa. Den höga förekomsten av psykisk ohälsa är likartad med Bodegårds (2006) observationer vad gäller psykisk ohälsa och föräldrarnas omsorgssvikt [1]. Svår omsorgssvikt förekom i nuvarande material i mer än hälften av fallen.

Många familjer består av en ensamstående förälder med barn med svåra uppgivenhetssymtom. En mamma har hand om två barn som sondmatas. Att de ensamstående föräldrarna lever under stor press är tydligt. Orsaken kan variera och på olika vis vara av betydelse för familjens situation. Det framkommer dock i flera fall bland de ensamstående att den andra föräldern inte är vid liv eller är försvunnen. Familjeseparationen och orsaken till den kan göra både barnens och föräldrarnas situation ytterligare påfrestande. Föräldrarna kan ha tvingat fly vid olika tidpunkter och därmed inte kunnat vara tillsammans. Lång tid under stor press kan också vara orsak till att föräldrar separerar.

Bodegård (2006) menar att föräldrarnas tolkning av omvärlden är för barnet av större betydelse än extern information från andra källor [1]. Detta är en logisk och rimlig tolkning, framförallt med tanke på de livsomständigheter som familjerna varit med om, där förtroendet för omvärlden brustit på grund av erfarenheter som barnen och deras föräldrar varit med om i form av trakasserier, hot om våld och våldsexponering, kidnappning och fängslande och där familjeseparation är vanlig. Ur ett familjeperspektiv är det viktigt att ta reda på vad barnen är rädda för, för att förstå barnens skräck, men också för att föräldrar påverkas av hur deras barn mår [14].

Det är tydligt att för de barn som inte uppmärksammas av sjukvården via intyg finns det mycket lite information att tillgå om deras situation och livserfarenheter. Med tanke på den livssituation och de livshändelser som framkommer för barnen med svåra uppgivenhetssymtom och deras föräldrar, bör tillståndet för syskonen också bedömas; familjernas höga förekomst av psy-

kisk ohälsa och ovisshet när det gäller uppehållstillstånd präglar troligtvis familjeatmosfären med aspekter som hopplöshet, hjälplöshet och ovisshet [1,4] med självklara risker även för övriga barns psykiska hälsa. De syskon till barnen med uppgivenhetssymtom där information om hälsa och livsomständigheter saknas bör därför bättre uppmärksammas.

Medicinsk beskrivning av uppgivenhetssymtom

Gradvis försämring i sjukdomstillstånd

Det framgår av sammanställningen, att barnen uppvisar en gradvis försämring av sitt sjukdomstillstånd, detta stämmer med tidigare rapporter [1,4,15]. Bodegård efterlyste redan 2005 [3] preventiva insatser som på ett tidigt stadium skulle kunna bemöta och förebygga effekterna av den hjälplöshet och hopplöshet som präglar familjernas tillvaro. Den nuvarande sammanställningen vittnar om att behovet av sådana preventiva insatser fortfarande är stort. Den gradvisa försämringen innebär att det finns möjlighet att uppmärksamma barnen i tidigare skeden för att förhindra en utveckling där barnet blir okontaktbart. Detta förutsätter att man lyssnar till vad barnet och föräldrarna förmedlar om hur barnet mår och vad som barnet och/eller familjen varit med om.

Handläggare och beslutsfattare vid migrationsmyndigheterna har ett ansvar i att se till att barnen får tillgång till kompetent bedömning av barnens egna asylskäl[2]. Hälsoundersökningar skall erbjudas enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och enligt Socialstyrelsens författning som trädde i kraft 1 januari 2012 (SOSFS 2011: (M) [16]), 6 § och 7 § (sidan 3) skall den innefatta *"...ett samtal om den undersöktes hälsa med avseende på tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd"* och att *"[e]n del av samtalet skall avse hur hälsotillståndet kan vara påverkat av den undersöktes psykosociala situation eller traumatiska upplevelser"*. För barn skall hälsosamtalet *"... även innefatta hur barnet påverkas av vårdnadshavarnas och andra familjemedlemmars hälsa"*.

När det gäller barn med svåra uppgivenhetssymtom som inte är kontaktpålitliga görs bedömningen utifrån kliniska undersökningsfynd i kombination med redogörelser från föräldrar eller andra omgivande personer [2]. Detta är ett vanligt sätt när det gäller att bedöma patienter som själva inte kan redogöra för sina besvär, till exempel nyfödda, små barn, vuxna som är medvetlösa eller äldre som är dementa[2].

Beskrivning av sjukdomsförlopp för vård, behandling och kunskap om sjukdomsutveckling

MAST indelningen har använts för att identifiera barn som i beslut och intyg beskrivs ha uppgivenhetssymtom. MAST indelningen valdes för att kategorisera barnens symtom och kunna jämföra med t.ex. Migrationsver-

kets senaste rapport [9]. Bodegårds [1] kliniska bedömningskriterier, 11 symtom grupperade i fyra domäner var utvecklade med syftet att kunna klassificera tillståndets allvar. De kriterierna ser ut att kunna ge en betydligt mer detaljerad klinisk bild av barnets tillstånd. Dessa bedömningskriterier förutsätter emellertid läkarkompetens, även blodprover ska bedömas för att utreda metabola störningar och stresshormonspatologi. Eftersom barnets tillstånd är extremt allvarligt är en bedömning som kräver specialistkompetens inte orimlig att begära vad gäller bakomliggande orsaker och möjligheter till rehabilitering. MAST indelningen å andra sidan, ger den fördelen att barn i riskzonen likaväl som barn med svåra uppgivenhetssymtom kan uppmärksammas även av andra t ex lärare. Det är också så som MAST verkar ha använts vid Migrationsverkets kartläggning [9,17]. Nackdelen är dock att symtombeskrivningen i MAST inte är särskilt detaljerad (SOU graderingen är ändå mer reducerad) vilket gör att viktiga observationer kan missas. Ett exempel är barn som kvider eller skriker vilket dokumenterats i läkarintyg i nuvarande sammanställning. Detta symtom saknas i MAST och SOU graderarna men förekommer i Bodegårds kliniska bedömningskriterier: domän 2, symtom 6 [1].

När det gäller diagnoser är PTSD den vanligaste förekommande diagnosen som är diskuterad i de juridiska besluten. Diagnosen PTSD förutsätter att individen utsatts för livshotande händelser vilka ger långvariga psykiska symtom såsom koncentrationssvårigheter, återupplevande (flash-backs), undvikande, överspändhet och sömnstörningar. PTSD är även vanligt i kombination med samtidig ångest och depression. En hypotes kring sjukdomsprocess vid uppgivenhetssymtom som möjligen skulle kunna påvisas med hjälp av kliniskt diagnostik är devitalisering pga. *långvarig posttraumatiskt stressyndrom och långvarig stressreaktion under svåra otrygga levnadsförhållanden*. Detta förlopp är även i linje med beskrivningen om "pervasive refusal syndrome (PRS)" som ett kronifierat traumatiskt stresstillstånd i en miljö av hopplöshet, hjälplöshet och ovisshet i tid [1].

Att identifiera vilka etablerade diagnoser eller symtomdimensioner som kan ge en god beskrivning av den kliniska bilden av barnens sjukdomstillstånd, kan underlätta preventiva insatser, kunskapsspridning hos vårdpersonal och behandling. De bör kompletteras med andra bedömningsinstrument som kan ge indikatorer på funktionsnedsättning och/eller livskvalitet.

En fördel med olika slags bedömningar är att man i kombination med diagnos kan förhålla sig till en internationell diskurs. Jämförelser kan göras för att utforska och öka förståelsen av uppgivenhetssymtom/apati hos barn och vuxna, som varit med om potentiellt traumatiserade livshändelser och eventuella variationer i uttryckssätt i olika kulturer. Detta kan bidra till förbättring av validitet och reliabilitet i diagnos och symtomdimensioner och vara till hjälp i kommunikation med icke-vårdgivande organisationer.

Brister i dokumentation om barnens sjukdomstillstånd

Överlag är förekomsten av medicinska diagnoser samt andra bedömningar om funktionsnedsättning, MAST, SOU, C-GAS sparsam i den aktuella sammanställningen.

En anledning till brister i bedömningsunderlaget för uppgivenhetssymtom, diagnoser och behovsbedömningar kan vara bristande kunskap i vården om hur man kan bedöma om ett barn uppvisar uppgivenhetssymtom och hur man bäst bör bemöta och behandla barnen [18]. Det är betydelsefullt att uppmärksamma att, oavsett vilken metod som används för beskrivning av barnets sjukdomstillstånd, det är viktigt att bedömning och dokumentering görs. Det primära syftet är att kunna försäkra ett gott bemötande och tillgängliggöra bra vård av god kvalitet för barnet.

Återhämtning och tillfrisknande

Det finns barn i sammanställningen som under tiden har fått permanent uppehållstillstånd. Så vitt vi vet har deras sjukdomstillstånd ännu inte vänt. För barnen som fått uppehållstillstånd bör det också uppmärksammas hur vårdtillgången ser ut och vad den består av. Tidigare studier visar att ett uppehållstillstånd utgör en början till skapandet av en trygg miljö, men vårdnivån och innehållet i vården är också av mycket stor vikt [1]. Tiden för insjuknandet har också visats vara av betydelse när det gäller förståelse för barnets sjukdomsprocess. Denna information saknas i den nuvarande sammanställningen.

Det saknas överlag betydelsefull information i läkarintygen om barnens erfarenheter under resan till Sverige. Det som är viktigt i detta sammanhang är inte främst resvägen i sig utan de händelser som själva resan kan ha inneburit och vad resan kan ha för betydelse. Tillgänglig forskning visar att resvägar kan vara mycket farliga, ta olika lång tid och innebära mycket osäkerhet om överlevnad och var och när resan är över [19]. Men upplevelser om resan kan också ha innehåll som kan hjälpa i coping och tillfrisknande.

Motiveringarna i de avslagsbeslut som ingår i sammanställningen, visar att det finns ett behov av att öka kunskapen hos migrationsmyndigheternas personal om vikten av en trygg miljö för barn med uppgivenhetssymtom och/eller andra psykiska problem (såsom suicidalitet eller PTSD). Att minimera risken för re-traumatisering och ge barnet förutsättningar för att återvinna ett hopp om framtiden är förutsättningar för tillfrisknande.

Med mer kunskap om vad som hänt barnen förbättras möjligheten till adekvat vård, prevention och möjlighet till att vända på sjukdomsförloppet. Detta kräver ett bemötande (från vården och migrationsmyndigheter) som bygger på respekt. Det innebär samtidigt att man inte sätter press och gör påtryckningar för att barnet ska berätta eller misstänkliggör barnet (och/eller barnets familj) då är risken att barnet istället blir försatt i en hotsituation eller re-traumatiseras, vilket försämrar barnets tillstånd.

Permanent uppehållstillstånd för barn med uppgivenhetssymtom är därmed viktigt, likaväl för överlevnaden som för att förhindra lidande och förvärrad sjukdom samt för att barn behöver och har rätt till stabilitet och trygghet.

Beslutsprocessen

Identitetshandlingar och muntlig förhandling

Att få har möjlighet att lämna in identitetshandlingar som anses kunna göra identiteter styrkta eller sannolika är kanske inte så konstigt. Hur vanligt användningen av identitetshandlingar är varierar mellan olika länder; i Sverige krävs ofta identitetsbevis i det vardagliga livet vilket skiljer sig stort i jämförelse med t ex andra länder inom EU. I en flyktsituation kan det vara så att det inte finns möjlighet eller tid till att hämta identitetshandlingar (t ex från hemmet) innan flykt. Det kan vara svårt, kanske även omöjligt på grund av den fara för liv som det skulle innebära, för människor som är förföljda att ansöka om identitetshandlingar. Människor kan också bli fråntagna sina identitetshandlingar under flykten eller tvingade till att göra sig av med dem. Även vid ansökningstillfället i Sverige kan det vara farligt eller svårt för den person som söker skydd att skicka efter bevis om identitet från det land som han eller hon tvingats lämna. Migrationsmyndigheterna verkar i högre utsträckning godta handlingar som är tillräckliga för att göra hemvist sannolik. Med anledning av det höga antalet avslag i asylansökningar skulle det dock vara intressant att utforska hur stor vikt som läggs vid möjligheten att styrka sin identitet; i vilket utsträckning påverkar typen och godkännandet av identiteten bedömning och beslut om skyddsbehov?

Gällande den muntliga förhandlingen så har ansökan om förhandling oftast inte inlämnats. Detta väcker frågan om det är så att muntlig förhandling inte anses behövas för att utreda missförstånd eller oklarheter? Det framgår också av nio fall där ansökan lämnats in har muntlig förhandling hållits endast i två. Kan det vara så att ansökan inte lämnas in eftersom det är hög risk att den avslås?

Vilken betydelse har detta för möjligheten att göra barnens röst bättre hörd i rättsprocessen?

Beslutsfattareshedömningar om svår psykisk sjukdom, behov av vård och framtida sjukdomsutveckling

Det finns flera exempel på att migrationsmyndigheternas beslutsfattare gör egna medicinska (inklusive psykiatriska) bedömningar av barnens behov utan att besitta medicinsk kompetens.

Ett exempel är resonemang kring att ett barn har ökat i vikt. Närings- och energitillförseln hos barn med uppgivenhetssymtom som sondmatas kräver specifik kompetens. De mängder som tillförs måste avvägas noggrant för att

barnet inte ska minska eller öka i vikt [2]. Mätningar av ämnesomsättning hos barn med uppgivenhetssymtom har visat att deras ämnesomsättning är mycket låg, ofta ligger precis över gränsen för överlevnad [2]. Att ett barn som sondmatas har ökat i vikt är således inte ett argument för avslag, för att barnet skulle ha fått fel diagnos eller skulle klara sig bra utan vård.

Det framgår av sammanställningen att resonemang förs av beslutsfattare kring svårighetsgraden av uppgivenhetssymtom, där beslutsfattare verkar hävda att vissa barn inte är tillräckligt sjuka. Ett exempel är barnet som Migrationsverkets beslutsfattare bedömer att, trots att han har tecken tydande på devitaliseringstillstånd, inte befinner sig i ett sådant tillstånd. Migrationsverket avfärdar även journalanteckningarna som gäller barnets ärende utförda av Barn- och Ungdomspsykiatri (den samhällsinstans som är specialiserad på att förstå och behandla barn vilka t ex försökt att begå självmord). Migrationsverket menar att journalanteckningarna, som är det underlag som vårdpersonal använder sig av i intern vårdkommunikation, inte kan dokumentera pojkens hälsotillstånd. Beslutsfattarna menar sedan att de utifrån journalanteckningarna inte kan göra en bedömning av suicidrisken.

I de fall som underlaget inte anses tillräckligt bör beslutsfattare begära in mer dokumentation från hälso- och sjukvården för att försäkra att barnet inte kommer att fara illa av ett avslagsbeslut. Det är trots allt så att migrationsmyndigheterna har en skyldighet som del i ett fungerande och säkert rättssystem [20] att inte utsätta barn för skada och att följa de av Sverige ratificerade internationella konventionerna om mänskliga rättigheter som t ex Barnkonventionen och Konventionen om rättigheter för personer med funktionshinder [21]. Det ligger dock utanför Migrationsverkets beslutsfattares roll och kompetens att göra en bedömning om barnets livsrisk utifrån barnets hälsotillstånd. Det ligger även utanför Migrationsverkets förtroendeläkares roll att göra bedömningen om risk för barnets liv utan att först göra en korrekt medicinsk undersökning, vilket innebär att läkaren i så fall måste träffa barnet.

Den aktuella sammanställningen ger indikationer om att barnens erfarenheter av potentiellt traumatiserade livshändelser ofta framkommer via läkarintyg och inte genom Migrationsverkets asylutredning. Det verkar som att efter det att ansökan om asyl- eller skyddsskäl avslagits bedöms inte de ytterligare uppgifter som framkommer i läkarintyg om barnens livshändelser som nya skäl för behov för flyktingstatus eller skydd. Migrationsverket är dock skyldigt enligt lag att utreda barns egna asylskäl. En orsak som nämns i motiveringar till avslag är brister i bevis för att påvisa behov av uppehållstillstånd (dvs. läkarintyg). Det är dock viktigt att även om inlämnade uppgifter anses begränsade så bör man från juridiskt håll utgå ifrån att om ett barn i ett intyg *eller* i journalanteckningar beskrivs som att må dåligt, har psykiska eller fysiska problem eller sjukdom (som i exemplet med barnet som gjort självmordsförsök), så gör barnet det. En anledning kan vara det som tidigare

studier har pekat på dvs. att asylhandläggare med hänvisning till barnets bästa ofta undviker att fråga barn om deras asylskäl [22].

Vårdtillgång används i avslagsbesluten utifrån generell landsinformation. Enligt Svenska Läkaresällskapet innebär Lissabon-deklarationens regler kring vårdkontinuitet att *"... en läkare inte får medverka till en avvisning av ett sjukt barn utan att personligen försäkra sig om fortsatt vård i hemlandet"* (sidan 1942) [24,25]. Att inte säkra vårdkontinuitet för barnen med uppgivenhetssymtom vid en utvisning kan utgöra en direkt hot mot barnets liv och möjligheter till tillfrisknande [2]. Detta menar Svenska Läkaresällskapet även gäller vid bedömningar om intyg för bedömning om verkställighetshinder (huruvida barnet klarar verkställigheten): *"[a]tt endast intyga att barnet klarar en transport motsvarar därmed inte [...] professionens yrkesetiska riktlinjer"* (sidan 1942) [23].

Barn med uppgivenhetssymtom versus den svenska nationens intressen

Andelen personer som fått uppehållstillstånd av flykting- eller motsvarande skäl har minskat sedan år 2006 [25]. Samtidigt har skett en ökning i andelen uppehållstillstånd av arbetsmarknadsskäl. Detta är i linje med den utredning som Justitiedepartementet publicerade i maj 2011 om *synnerligen ömmande omständigheter och verkställighetshinder* [26]. Utredarna skriver i rapporten att Migrationsverket gör för skönsmässiga bedömningar när det gäller lagen om synnerligen ömmande omständigheter (vilket med andra ord i praktiken kan uppfattas som att Migrationsverket är generös i sin bedömning om synnerligen ömmande omständigheter). I utredningen finns det ett avsnitt som beskriver vad som ingår i bedömning om hälsotillståndet hos individet (se utdrag i bilaga 4 av denna rapport). Där står att det ges utrymme för att bevilja uppehållstillstånd om på grund av livshotande sjukdom (fysisk eller psykisk) men att rimligheten att vård ges i Sverige skall beaktas och likaså om det finns adekvat vård i det land som utvisningen skall ske till. Det står att vården skall leda till en påtaglig och varaktig förbättring eller vara livsnödvändig för personen som den angår.

Det framgår av nuvarande sammanställning att argumenten som berör hälsotillståndet i Justitiedepartementets utredning om synnerligen ömmande omständigheter återspeglas i motiveringarna till avslag. Ett exempel är ett avslagsbeslut där det beskrivs hur barnet skedmatas, något vårdgivarna är medvetna om då intyget utfärdats, men att barnet vårdas i hemmet och inte har blivit bättre. Detta är grunden till avslaget. Med andra ord, kan det vara så att för barnet blir detta en väldigt utsatt position: om vårdgivare inte ger vård eller stöd, som visar sig ha betydelse för barnets tillfrisknande så bidrar detta även till en mer rättsosäker process eftersom beslutsfattare kan tolka detta som att barnet inte blir bättre ur sitt tillstånd?

Det står också uttryckligen i utredningen att kostnaderna för vård av vissa sjukdomar kan utgöra grund för att uppehållstillstånd bör vägras. På ett vis

blir detta i så fall en minst sagt omöjlig situation: vården som barn med svåra uppgivenhetssymtom behöver kan innebära betydande insatser under en ospecificerad framtid. Detta är något som är viktigt för barnets liv och för samhället för att inte kränka medmänniskor och bli del av en destruktiv process där barn far illa. Finns det risk för att migrationsmyndigheterna tar beslutet att vård av barnen anses för kostsamma? Om så är fallet, vilken behörighet har beslutsfattarna att gå emot de internationella konventioner om mänskliga rättigheter som Sverige har ratificerat genom att ta ett sådant beslut?

Tidigare studier har visat att barnens rättigheter blir behandlade sekundärt i förhållande till Sveriges intresse att minska migrationen [22]. Med tanke på att det skett en ökning i antalet uppehållstillstånd av andra anledningar än flyktinskäl eller motsvarande som redovisats av Migrationsverket kanske det snarare handlar om att kontrollera migrationen utifrån produktivitet och individens möjligheter att bidra till ekonomin?

I utredningen står det att varaktigheten av hälsotillståndet skall ligga till grund för uppehållstillståndet och att ju längre varaktigheten av hälsotillståndet är desto starkare skall det tala för att ett permanent uppehållstillstånd bör beviljas (bilaga 4). Innebär det att människor som har möjligheter till god hälsoutveckling och varaktighet i hälsa främst skall få möjlighet att få uppehållstillstånd? Är det så att om händelserna i det land som barnet och barnets familj kommer ifrån inte anses utgöra grund för uppehållstillstånd på grund av flyktning eller skyddsbehov så kan man anse att barnet kan få vård i landet utan risk. På så vis kan även ett barn med svåra uppgivenhetssymtom avvisas? Med andra ord, om flyktning- eller skyddsskäl inte erkänns så gäller heller inte synnerligen ömmande skäl (på grund av kostnadsskäl)?

Men om man skickar tillbaka barn med svåra uppgivenhetssymtom till det land som familjen uppger sig ha flytt ifrån, vad händer då? Vilka risker utsätts barnet för om barnet inte får tillgång till vård i praktiken eller om barnet på grund av sin skräck inte kan känna den trygghet, tillit och det framtids hopp som är förutsättningen för att behandlingen, i den mån den existerar, ska kunna ha de nödvändiga förutsättningarna att lyckas? Vad händer med barnet, om barnet med sin familj tvingas fly igen?

I avslagsbesluten framgår tydligt hur dåligt barn med svåra uppgivenhetssymtom mår. Det är viktigt att komma ihåg att finns möjlighet att hjälpa barnen att komma ur uppgivenheten och det finns också ett ansvar att göra det.

Andra vägar och val

I arbetet med de senaste utlänningslagarna vill man att barnkonventionen och portalparagrafen skall få ett rejält genomslag i praxis [2]. I Socialförsäkringsutskottets behandling av den nu gällande utlänningslagen 2004/05: SfU17) menar man också att tillämpningen inte är avsedd att skärpas.

Den aktuella sammanställningen visar att man i domarna inte gör hänvisningar till de vägledande besluten eller förarbetet i Utlänningslagen. Detta

kan dock göras och på så sätt kan tolkningen av lagen bli generösare. Vården kan bli bättre på att tidigt uppmärksamma och erbjuda behandling till barn som är i riskzon för uppgivenhetssymtom och system kan utvecklas för att bättre försäkra att läkare och annan vårdpersonal följer de vårdetiska regler och riktlinjer som ligger till grund för deras legitimation

Det finns ett juridiskt handlingsutrymme för domstolar och myndigheter för en rättssäker och mer human bedömning och bemötande. Politiker kan uttrycka stöd för och möjliggöra en process som är i linje med internationella konventioner om mänskliga rättigheter.

Sammanställningens begränsningar

Det finns ett antal begränsningar som är viktiga att uppmärksamma som påverkar kvaliteten och generaliserbarheten av denna sammanställnings resultat.

Urvalet utgår ifrån informella nätverk, vilket kan ha inneburit en selektion av barn från vissa områden i Sverige och att alla familjer med barn med uppgivenhetssymtom inte har tillfrågats. Informationen utgår från vad som finns tillgängligt via domar och intyg. I flera fall har domar och intyg inte funnits tillgängliga. Förstahandsinformation från barnen saknas i de allra flesta fall helt. När det gäller barn i familjer som inte har läkarintyg finns ofta ingen information alls. Samtlig information har dokumenterats av olika personer; beslutsfattare, vårdpersonal, lärare, osv.

Sammanställningsenkäten sattes ihop under en dryg månad och har på grund av tidspress inte testats innan användning. Enkäten har fyllts i av olika personer, med olika typer av erfarenhet och kunskap om barn med uppgivenhetssymtom och detta har inneburit en viss variation när det gäller hur frågorna har besvarats. Fallbeskrivningar har valts ut för att belysa trender eller aspekter som ansetts som speciellt betydelsefulla. Materialet är omfattande och sammanställningen utfördes under tidspress vilket gör att en del information kan ha missats.

Beslut, domar, intyg (läkarintyg och andra intyg) som bifogas har saknats i några akter. När det gäller intygen så har detta ibland nämnts i besluten men inte funnits med i akten. Ett exempel är en familj där ett barn sondmatas men där uppgifter om barnet saknas i avslagsbeslutet och övrig information i akten. I fall som detta har arbetsgruppen försökt att få del av underlaget, vilket dock (främst av tidsskäl) inte alltid varit möjligt. Relevant information kan ha missats vilket i sin tur kan ha påverkat frekvenserna i rapporteringen.

För att minska felaktigheter och öka kvaliteten (inklusive tillförlitlighet, validitet och reliabilitet urvalet av text) har arbetsgruppen haft regelbundna möten och diskussioner kring metod (bl. a hur enkätfrågorna har tolkats vid ifyllandet, vilken typ av svar som frågorna ger, och frågornas relevans i förhållande till tillgänglig dokumentation) resultattolkning och presentation.

Inregistrerade frekvenser i Excel har kontrollerats mot informationen i akterna.

Sammanställningen initierades Svenska Barnläkarföreningens Arbetsgrupp för Flyktingbarn som under processen granskat den med skriftliga kommentarer; rapporten har reviderats utifrån dessa kommentarer.

Hur skiljer sig denna sammanställning från en forskningsstudie?

Sammanställningen är inte en vetenskaplig forskningsstudie i den bemärkelse att en sådan innebär en detaljerad redogörelse för projektplan, forskningsfråga, teoretisk ansats osv. vilket kräver mer tid. Sammanställningen utgår från befintlig information med syfte att kunna uppmärksamma barnens akuta behov. Den har inte etikprövats. Så långt det är möjligt har dock forskningsprinciper och etiska riktlinjer följts. Detta förfarande i kombination med att sammanställningen berör befintlig information medför obetydlig risk för skada eller obehag för berörda individer [27]. Risken att människovärdet kränks anses ha varit större om sammanställningen inte genomförts.

Observationer som saknas i nuvarande sammanställning

Tidigare rapporter [1,4] innehåller observationer om personlighet hos de insjuknade barnen och tidpunkt för insjuknande (före eller efter avslag). Denna information saknas i tillgängliga beslut och intyg. Uppgifter om föräldrarnas socioekonomiska situation saknas också.

Uppgifter om barnens tidigare hälsotillstånd fanns inte med som en specifik fråga i enkäten och kunskap kring eventuella skillnader i sjukdomsutveckling mellan barn med uppgivenhetssymtom och andra barn inom samma familj som inte uppvisar symtom är därför bristfällig. Information om tidigare hälsotillstånd finns trots avsaknad av precis fråga kortfattat omnämnt i hälften av fallen.

I tidigare rapporter finns uppgifter om tillfrisknande efter uppehållstillstånd [1,4]. Uppgifter om detta saknas i nuvarande sammanställning av naturliga skäl. Fyra barn med svåra uppgivenhetssymtom fick uppehållstillstånd under tiden då sammanställningen genomfördes och ytterligare två barn och deras familjer fick uppehållstillstånd strax efter att insamling av information avslutats. En familj med ett barn med svåra uppgivenhetssymtom har fått inhibition. Hittills har dock ingen information inkommit som tyder på att dessa barn har hunnit förbättras i sina tillstånd. Tidigare erfarenheter visar att det oftast tar flera månader innan tryggheten i familjen och därmed tillfrisknandet tar fart. En systematisk uppföljning har ännu inte gjorts. Det skulle vara relevant att följa upp barn som har haft olika grad av uppgivenhetssymtom och efteråt lyssna på och analysera deras erfarenheter. Slutligen, skulle det vara bra för ökad förståelse om beslutsprocesserna i denna rapport att även inkludera de barn som uppvisat uppgivenhetssymtom men som under samma tidsperiod fått bifall, för att se vad som skiljt grupperna åt.

Slutsatser

Barnens röst saknas

Det är bekymrande att erfarenheterna hos många barn inte alls framkommer i asylprocessen. När det gäller de fall där information finns tillgänglig om barnens erfarenheter, verkar den i många fall komma fram vid senare stadier än vid första instans, i samband med överklagande och vårdkontakter.

Eftersom familjerna inte anses ha flykting- eller skyddsskäl, så bidrar detta till att vårdtillgång (utifrån generell landsinformation) i landet som familjen utvisas till anses möjlig och detta i sin tur bidrar till att ge avslag *på synnerligen ömmande omständigheter*. I verkställighetsstadiet prövas endast om verkställighet kan genomföras.

Avsaknad av informationen om barnens egna asylskäl vid ett tidigt stadium kan handla om hur informationen har sökts, vilka frågor man ställt, till vem, om vad man har frågat och hur och även vad man godtar som trovärdig information. Ett barn som inte är kontaktbart kommer inte att kunna svara på frågor och då måste man vända sig till andra källor såsom föräldrarna för att få information. Det kan också vara så att både barnen och deras familjer har svårt att berätta.

Behov av preventiva insatser för att förhindra sjukdomsutveckling

Migrationsmyndigheterna måste med anledning av kommunikationssvårigheterna ha viljan och kompetensen att förstå betydelsen av både verbala och icke-verbala signaler vid alla handlägningsstadier. Dessutom behövs preventiva vårdinsatser så att barnen kan få den vård och hjälp som behövs för att kunna vara barn i kontakt med sin omvärld, i stället för att som nu, tvingas in i ett dissociativt stuportillstånd. Det betyder att det är viktigt att uppmärksamma barnen tidigt i asylprocessen, att lyssna till vad föräldrarna kan berätta kring hur de upplever att barnet mår och att barnen får tillgång till kompetent bedömning av sitt hälso- och sjukdomstillstånd.

Behov av kunskapsutveckling

De berättelser som framkommer i beslut och intyg innehåller påfallande ofta information om grovt våld som barnen (och deras familjer) har utstått.

I besluten framställs däremot ofta situationen sådan att berättelserna och barnens uppgivenhetssymtom tolkas ha att göra med föräldrarnas svikna förhoppningar och oro över ekonomiska och sociala problem i stället för deras behov av asyl och skydd samt sjukdom redovisad i läkarintyg. Detta tyder på att det finns ett behov av mer och bättre kunskapsöverföring till migrationsmyndigheternas beslutsfattare kring vilka effekter livshändelser som grov misshandel, våldtäkt, kidnappning, hot om våld, kan ha på psykisk hälsa. Likaså om vad som är vanligt förekommande reaktioner och vad som kan hjälpa eller försämra hälsan och möjligheten till ett normalt liv för barn med dessa erfarenheter. För att få reda på mer information kring barnens erfarenheter krävs också ett bemötande som bygger på respekt och att man inte sät-

ter press och gör påtryckningar för att barnen ska berätta. Då är risken att barnen istället blir försatta i en hotsituation, vilket istället utgör stor risk för psykisk ohälsa och försämring.

Bättre dokumentation och tilltro till vårdgivare utsagor

Besluten och intygen från vården är ofta bristfälliga när det gäller barnens situation. I vårdsammanhang bör det dokumenteras med syfte att kunna försäkra en god vård och kommunikation. Det är dock viktigt att även om vårdpersonalens uppgifter är begränsade, bör man från juridiskt håll utgå från att om man i intyg (eller i journalanteckningar) har dokumenterat att barnet mår dåligt, så gör barnet det (t ex om det står i journalanteckningar att barnet är suicidalt så bör man utgå ifrån att barnet är det). I de fall där underlaget inte är tillräckligt bör beslutsfattare begära in mer dokumentation, med syftet att se till att barn inte far illa. Detta är även viktigt för att upprätthålla ett rätts-säkert system.

Välgrundad fruktan och synnerligen ömmande omständigheter

Det finns ett behov av att fundera på vad välgrundad fruktan innebär och hur fruktan kan ta sig uttryck i och att resonera kring vad ”synnerligen ömmande omständigheter” verkligen innebär i förhållande till barnens situation. Skräck för upprepning av våld och övergrepp vid ett återvändande utgör en mycket allvarlig riskfaktor för kronisk svår psykisk stress och utgör en risk för svåra uppgivenhetssymtom. Misstanke om att barn kidnappats, utsatts för eller bevittnat våldtäkt eller annan grov misshandel, utgör barnspecifika asylskäl och måste utredas av kompetent personal för att försäkra ett rättsäkert och humant förfarande.

Barnen i fokus

När ekonomin stramas åt är det angeläget att ordentliga ansträngningar görs för att inte förlora fokus om vad som är viktigt. Denna aktuella sammanställning visar att barn med mycket svåra uppgivenhetssymtom som har varit med grovt våld, fått ett undermåligt bemötande i Sverige och levt i stor osäkerhet om framtiden under en lång period. Detta i ett sammanhang där föräldrar och syskon också blivit utsatta för grovt våld och mår psykiskt dåligt.

Sammanställningen visar också att det är myndigheter i Sverige som har kunskap om hur dåligt de här barnen mår, men som av olika anledningar ändå vill frånta sig det ansvar som de har när barn har blivit utsatta för grovt våld. Sverige är ett land med ett välfungerande vårdsystem. Det finns kunskap om hur barnen kan bli friska och hur svåra uppgivenhetssymtom kan uppkomma. Barnen och deras familjer behöver omgående få ro, vård och hopp och därigenom ges möjlighet för tillfrisknande och ett värdigt liv. Sverige har råd till detta och ett ansvar enligt internationella överenskommelser om barnens rätt till ett värdigt liv.

Referenser

1. Bodegård, G. (2006) Vård av barn med uppgivenhetssymtom. En belysning av behandlings utformning utifrån erfarenheten av vården av 25 asylsökande barn vid Barnavdelningen Eugenia. Research Report No 23. ISSN 1403+607X. Karolinska Institutet. Stockholm.
2. Emailkorrespondans angående kommentarer på rapport. Överläkare, barnläkare, docent Henry Ascher och Karin Johansson Blight. 2011-12-01.
3. Bodegård, G. (2005) Life-threatening loss of function in refugee children: another expression of pervasive refusal syndrome? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; 10(3): 337-350.
4. Godani, G., Bodegård, G., Rydelius, P-A. (2008) Bördan de kom med. Rapport från forskningsprojektet: Barn i asylprocessen som utvecklade uppgivenhetssymtom i Sverige. Rädda Barnen och Karolinska Institutet/Stockholms Läns landsting gemensamma FoUU-enhet för barn och ungdomspsykiatri vid BUP-divisionen/Astrid Lindgrens Barnsjukhus.
5. Ramos-Ruggiero, L., Oras, R., Hännestrand, B., Söndergaard, H-P., Seidlitz, M., Palmgren, L. Hearing angående konsekvenserna av den förda flyktingpolitiken för psykiatri. Arrangörer: nätverket för behandlare av asylsökande och riksdagens tvärpolitiska flyktinggrupp. Gamla Riksdagshuset, Stockholm, onsdagen 2003-05-07.
6. Anderson-Wilks, E. (2009) Barn med svåra uppgivenhetssymtom och samverkan kring dessa. [Children with severe withdrawal symptoms in a collaborative context]. Ersta Sköndal Högskola. S:t Lukas utbildningsinstitut. Psykoterapeutprogrammet, 90 hp, Vt-09.
7. Ascher, H., Gustavsson, T. (2008) Klargörande vetenskaplig konferens om barn med uppgivenhetssymtom. *Läkartidningen*. 105(1-2): 31-3.
8. Andersson, K-O., De Geer, S., Gagner, L., Hancock, O., Hjalms, H., Leithoff, S., Stadig, P., Westlund, H., Kellerman, M. (2012) Ny utlänningslag rättspraxis för asylsökande. <http://www.etikkommissionenisverige.se/utlanningslag> Träffad 2012-01-16.
9. Sörensen, P.(2011) Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom. Migrationsverket Mars 2011.
10. Email korrespondans angående kommentarer på rapport. Advokat Sten De Geer och Karin Johansson Blight. 2011-11-29.
11. Statens Offentliga Utredningar: Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom-kunskapsöversikt och kartläggning. Utrikesdepartementet, Rapport 2005:2 från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom.
12. Tousignant, M., Laliberte', A. (2007) Suicide, violence and culture. Chapter 3. Pages 33-42. In: Dinesh Bhugra and Kamaldeep Bhui. Textbook of Cultural Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press.
13. Emailkorrespondans angående kommentarer på rapport. Överläkare, psykiatriker, Hans-Peter Söndergaard och Karin Johansson Blight. 2011-11-29.
14. Palmgren, L. (2003) i dokumentet "Hearing angående konsekvenserna av den förda flykting politiken". Gamla Riksdagshuset, Stockholm. Onsdagen den 7 maj 2003. Arrangörer: Nätverket för behandlare av asylsökande och Riksdagens tvärpolitiska flyktinggrupp.
15. Kihlbom, M. (2006) Ett undermåligt beslutsunderlag för flyktingpolitik. *Läkartidningen*. 23(103): 1982-1983.

16. Holm, L-E., Jacobson, M. (2012) Hälsoundersökning av asylsökande m.fl. Socialstyrelsens författningssamling. SOSFS 2011:11 (M). Föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen. Sidorna 1-5.
17. Johansson Blight, K. (2011) Kommentarer till Migrationsverkets rapport "Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom från mars 2011". September. Rapport till Etikkommissionen i Sverige- nätverket för mänskliga rättigheter och asylrätten.
18. Bhui, K., Warfa, N. (2010) Psychiatric diagnoses and assessment issues for refugees and asylum seekers. Chapter 5, page 61-72. In: Dinesh Bhugra, Tom Craig, Kamaldeep Bhui. (Editors) Mental health of refugees and asylum seekers. Oxford: Oxford University Press.
19. BenEzer, G. (2006) The Migration Journey. The Ethiopian Jewish Exodus. Memory and Narrative Series. London: Transaction Publishers.
20. De mänskliga rättigheterna.
Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter.
Regeringskansliet. <http://www.manskligarattigheter.gov.se> Senast ändrad 2011-05-19. Träffad 2012-01-12.
21. FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter.
Regeringskansliet www.regeringen.se/content/1/c6/18/37/41/3014596.pdf
22. Lundberg, A. (2011) The best interest of the child principle in Swedish asylum cases: the marginalization of children's rights. *Journal of Human Rights Practice*. 3(1): 49-70.
23. Bodegård, G. (2010) Den medicinska etikens kraftlöshet. *Debatt och brev. Läkartidningen*. 43(107): 2658.
24. Engström, I. (2010) Etik och transportintyg 2: Läkaresällskapet instämmer- med vissa tillägg. *Debatt och brev. Läkartidningen*. 34(107): 1941-1942.
25. Migrationsverket (2010) Rapport Migration 2000-2010. 2:2010.
26. Lönqvist, E., Borén, H. Synnerligen ömmande omständigheter och verkställighetshinder- en kartläggning av tillämpningen. Ds 2011:14. Regeringskansliet. Justitiedepartementet. April 2011.
27. Johansson Blight, K. (2011) Barnen utan röst: Etiska reflektioner och ställningstaganden gällande datainsamling. Etikkommissionen i Sverige, 20 september 2011. Sidor 1-3.

Bilaga 1 Informationskällor för MAST gradering

Tabell. Kunskapsinhämtning om uppgivenhetssymtom för barn under 18 år och MAST indelning

Typ av informationskälla Kobinationer av information som finns angivet i dokumentationen ¹ :	Antal barn med uppgivenhetssymtom per MAST indelning		
	MAST 1	MAST 2	MAST 3
1) Orden "Sondmatning" eller att barnet "har sond" ¹ 2) Klinisk diagnos 3) MAST/SOU gradering	0	1	5
1) Klinisk diagnos 2) MAST/SOU gradering	0	0	1
1) Orden "Sondmatning" eller att barnet "har sond" ¹ 2) MAST/SOU gradering	0	0	4
1) Orden "Sondmatning" eller att barnet "har sond" ¹ 2) kvalitativ utsaga (symtom och/eller beteende beskrivning) i enkät, läkarintyg och domar (narrativ) ²	0	0	4
1) Klinisk diagnos 2) kvalitativ utsaga (symtom och/eller beteende beskrivning) i enkät, läkarintyg och domar (narrativ) ²	0	2	1
1) kvalitativ utsaga (symtom och/eller beteende beskrivning) i enkät, läkarintyg och domar (narrativ) ² 2) MAST/SOU gradering	1	0	0
1) kvalitativ utsaga (symtom och/eller beteende beskrivning) i enkät, läkarintyg och domar (narrativ) ²	3	5	4
TOTALT (n=30)	4	7	19 ³
Annan psykisk ohälsa eller risk för psykisk ohälsa		10	
Information/dokumentation saknas helt för att ge någon uppfattning		20 ⁴	
TOTALT		60	

¹Informationen om "sond" eller "sondmatning" finns skrivet främst i läkarintyg (även i enkät-svar och domar). ²Överlag är den kvalitativa beskrivningen som endast består av symptom och/eller beteendebeskrivning bristfällig. ³För 14 av 19 barn nämns att barnet sondmatas. ⁴Information saknas för 10 flickor och 10 pojkar, Notera: MAST-indelningen har bedömts utifrån insamlad information av rapportens försteförfattare Karin Johansson Blight.

Bilaga 2 MAST gradering av uppgivenhetssymtom

”Gradera av uppgivenhet kan beskrivas enligt följande:

Grad 1. Depressionstillstånd

Asylsökande barn som uppvisar tydliga tecken på depression, utgör en riskgrupp för att gå in i ett devitaliserat tillstånd. Dessa barn är passiva, visar litet intresse för andra människor, och rörligheten är långsam eller präglas av olust. Aptiten är dålig, men barnet får dock i sig tillräckligt av 10 mat och dryck. Barnet sköter även i någon mån sina dagliga rutiner, men gör det likgiltigt och utan intresse.

Grad 2. På väg mot uppgivenhet/apati

Ett barn som är på väg mot ett devitaliserat tillstånd ger begränsat med kontakt, kan nicka som svar eller svara enstavigt, och reagerar om möjligt på enstaka händelser. Rörligheten är nedsatt, då barnet måste uppmanas att röra sig eller få hjälp eller stöd vid förflyttning inom eller utanför bostaden. Även aptiten är begränsad; föräldrarna får uppmana barnet att äta då barnet självt visar litet intresse för maten eller är i avsaknad av hungerkänslor. De dagliga rutinerna upprätthålls med hjälp av föräldrarna eller på uppmaning av dem.

Grad 3. Tillstånd av uppgivenhet/apati

Tillståndet innebär att barnet är otillgängligt för kontakt, blundar eller tittar i golvet samt visar inget eller mycket begränsat intresse för omvärlden. Även rörligheten är mycket begränsad, barnet ligger mest och måste ha hjälp att röra sig. Födointaget sker via sond eller genom att föräldrarna måste mata barnet. Barnet har vidare svårt eller näst intill omöjligt att fullfölja dagliga rutiner såsom hygieniska funktioner och påklädning; det kanske kissar eller bajsar på sig eller är oftast omedveten om sådana kroppsliga signaler, och kan inte klä på sig själv utan att få hjälp av någon annan.

Funktionsnivåbedömningen och uppdelningen av barn med uppgivenhetssymtom i 3 grupper skall inte förstås som ett diagnostiskt instrument, utan som en grundläggande förutsättning för att synliggöra dessa barns psykiatriska och medicinska vårdbehov, med andra ord en målgruppsdefinition. Den barnpsykiatriska diagnosen kan ändå utgöras av exempelvis depression, PTSD eller PRS. En annan synnerligen viktig funktion för funktionsnivåbedömningen har varit att den också möjliggjort ett gemensamt språkbruk mellan de olika kliniska disciplinerna.”

Citat från referens:

Sörensen, P. (2011) Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom. Migrationsverket Mars 2011. Sidan 2.

Bilaga 3 Förekommande diagnoser

F32.1: Medelsvår depressiv episod

- **F32.2:** Svår depressiv episod utan psykotiska symtom
- **F32.3:** Svår depressiv episod med psykotiska symtom
- **F32.8:** Andra specificerade depressiva episoder
- **F32.9:** Depressiv episod, ospecificerad

F43.0: Akut stressreaktion

- **F43.1:** Posttraumatiskt stressyndrom
- **F43.2:** Anpassningsstörning
- **F43.8:** Andra specificerade reaktioner på svår stress
- **F43.8A:** Utmattningsyndrom
- **F43.8W:** Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningsyndrom
- **F43.9:** Reaktion på svår stress, ospecificerad

- **F45.3:** Somatoform autonom dysfunktion

F94.0: Elektiv mutism

- **Z61.7:** Personlig skrämmande upplevelse under barndomen
- **Z63.4:** Försvinnande och dödsfall av familjemedlem
- **Z73.8:** Andra specificerade problem som har samband med svårigheter att kontrollera livssituationen
- **Z91.4:** Psykiskt trauma i den egna sjukhistorien som ej klassificeras annorstädes
- **Z94.0:** Njurtransplanterad

Citerat från:

World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines

Sök i ICD-10 och Åtgärds-koder. Träffad 2011-11-28

<http://www.internetmedicin.se/icd/icd.asp?avssCode=F00&avseCode=F99&klass=KSH&lastScroll=0>

Bilaga 4. Hälсотillstånd i Justitiedepartementets utredning

”Av förarbetena framgår att ett uppehållstillstånd kan beviljas med stöd av bestämmelsen om utlänningsen har en livshotande fysisk eller psykisk sjukdom eller lider av ett synnerligen allvarligt funktionshinder. I det sammanhanget ska även beaktas om det är rimligt att vård ges i Sverige.

Vid bedömningen i det enskilda fallet måste vården också förväntas leda till goda resultat genom en påtaglig och varaktig förbättring av utlänningsen hälsotillstånd, alternativt vara livsnödvändig. I rimlighetsbedömningen måste även beaktas om adekvat vård kan ges i hemlandet eller annat land som utlänningsen kan sändas till. Även om Sverige i vissa fall kan erbjuda en betydligt bättre vård än vad som kan ges i personens hemland kan enbart detta inte motivera uppehållstillstånd i Sverige.

Vidare, menade regeringen, kan de sammantagna ekonomiska konsekvenserna för vård av vissa sjukdomar vara sådana att uppehållstillstånd bör vägras. I det enskilda fallet medför den avvägning som ska ske mellan hälsotillståndet och utlänningsens situation i såväl Sverige som hemlandet att det inte kommer att ställas samma krav på hur sjuk eller hur frisk en utlänningsen måste vara för att det ska vara rimligt att sända honom eller henne till ett visst land.

En ytterligare situation som nämndes i förarbetena som skulle kunna utgöra skäl för uppehållstillstånd är om verkställigheten som sådan av avvísnings- eller utvisningsbeslut skulle medföra en allvarlig risk för utlänningsens liv eller hälsa, dvs. hälsotillståndet kan vara sådant att resan i sig kan innebära en sådan risk. Om sjukdomen eller vårdbehovet är av övergående natur kan det, enligt regeringen, bli aktuellt att bevilja ett tidsbegränsat uppehållstillstånd.

Regeringen menade att det är varaktigheten och utvecklingen av hälsotillståndet som måste ligga till grund för bedömningen av längden på ett eventuellt uppehållstillstånd. Ju längre varaktighet, desto starkare talar detta för att ett permanent uppehållstillstånd bör beviljas (prop. 2004/05:170 s. 189–191)”.

Citat från: Lönqvist, E., Borén, H. Synnerligen ömmande omständigheter och verkställighetshinder—en kartläggning av tillämpningen. Ds 2011:14. Regeringskansliet. Justitiedepartementet. April 2011. Sidorna 29-30.